

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Hospodaření zdravotní pojišťovny
Financial Management of Health Insurance Company

Student: Bc. Martina Skoupilová

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Mgr. Hana Fachinelli, Ph.D.

Ostrava 2010

VŠB - Technická univerzita Ostrava
Ekonomická fakulta
Katedra veřejné ekonomiky

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Martina Skoupilová**
Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa
Studijní obor: 6202T055 Veřejná ekonomika a správa
Specializace: 00 Veřejná ekonomika a správa
Téma: **Hospodaření zdravotní pojišťovny**
Financial Management of Health Insurance Company

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
 2. Zdravotní pojištění v ČR
 3. Analýza hospodaření zdravotní pojišťovny
 4. Zhodnocení výsledků hospodaření, návrhy opatření
 5. Závěr
- Seznam použité literatury
Seznam zkratk
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

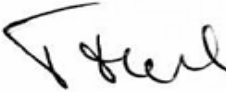
- DOLANSKÝ, H. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.
DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.


Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr.Mgr. Hana Fachinelli, Ph.D.**

Datum zadání: 20.11.2009
Datum odevzdání: 30.04.2010




doc. Ing. Petr Tománek, CSc.
vedoucí katedry


prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

„Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou práci včetně všech příloh vypracovala samostatně.“

V Ostravě 30.4.2009

Bc. Martina Skoupilová

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V ČR	3
2.1	Historický vývoj zdravotního pojištění	4
2.2	Zdravotní pojištění	6
2.2.1	Vznik a zánik právního vztahu zdravotního pojištění	8
2.3	Poskytovatelé zdravotní péče	11
2.4	Zdravotní pojišťovny	11
2.4.1	Působnost zaměstnaneckých pojišťoven	12
2.4.2	Organizační struktura zdravotních pojišťoven	14
2.4.3	Požadavky na hospodaření zdravotních pojišťoven	14
2.4.4	Regulace a kontrola činnosti zdravotních pojišťoven	17
2.4.5	Princip přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami	18
2.5	Vyměřovací základ pro pojistné na zdravotního pojištění	20
2.6	Reforma systému veřejného zdravotního pojištění v ČR	23
3	ANALÝZA HOSPODAŘENÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	27
3.1	Charakteristika zdravotní pojišťovny	27
3.2	Hospodaření HZP v letech 2005 – 2008	32
3.2.1	Základní fond HZP	33
3.2.2	Rezervní fond	39
3.2.3	Fond prevence	40
3.2.4	Provozní fond	42
3.2.5	Sociální fond	44
4	ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ HOSPODAŘENÍ, NÁVRHY OPATŘENÍ	45
4.1	Vyhodnocení struktury pojištěnců HZP	45
4.2	Vyhodnocení výdajů na zdravotní péči HZP	46

4.3	Vyhodnocení celkových příjmů a výdajů ZFZP v letech 2005 - 2008	47
4.4	Závěrečné zhodnocení hospodaření pojišťovny a návrhy opatření.....	48
4.4.1	Návrhy na zlepšení ekonomické situace pojišťovny	50
5	ZÁVĚR.....	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		54
SEZNAM ZKRATEK		
PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ DIPLOMOVÉ PRÁCE		
PŘÍLOHY		

1 ÚVOD

Zdraví jednotlivce určuje nejen celá řada známých faktorů, od vrozených dispozic přes vliv životního prostředí až po výživu, ale také dostupnost zdravotní péče. Onemocnění nebo úrazy jsou většinou nepředvídatelné, stejně jako průběh léčení a s ním spojené výdaje, což však může představovat značnou a mnohdy nepřekonatelnou finanční zátěž. Proto pojištění výdajů za zdravotní péči je pro většinu lidí jedním z nejdůležitějších pojištění, ať již je zprostředkovává stát, veřejné instituce nebo komerční pojišťovny.

Zdravotní systém je tvořen souborem institucí a činností v nich probíhajících. Jejich primárním cílem a účelem je zlepšovat zdravotní stav obyvatel formou prevence nebo okamžitým lékařským zásahem. Jedná se tedy o zajišťování optimálního chodu zdravotnických zařízení z hlediska organizace činností a finančního zajištění. Každý občan České republiky s trvalým pobytem na území ČR, každý cizinec zaměstnaný u zaměstnavatele se sídlem na území ČR je dle zákona o veřejném zdravotním pojištění povinen platit zdravotní pojištění.

Diplomová práce je zaměřena na problematiku hospodaření zdravotních pojišťoven v České republice. Na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR byla 1. října 2009 povolena fúze Hutnické zaměstnanecké pojišťovny s Českou národní zdravotní pojišťovnou a došlo ke změně názvu na Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu. Pro dosažení cíle diplomové práce bude sledováno hospodaření původní Hutnické zaměstnanecké pojišťovny v letech 2005 – 2008.

Cílem práce je zhodnotit hospodaření zdravotní pojišťovny, identifikovat problémy financování a navrhnout opatření, která mohou pomoci k řešení zjištěných problémů. Hlavní hypotéza spočívá v tvrzení, že se zdravotní pojišťovna nepotýká s výkyvy v hospodaření, je schopna hradit zdravotní péči svým pojištěncům a ke splnění svých závazků nepotřebuje využívat cizí zdroje. Ve své práci se budu snažit stanovenou hypotézu potvrdit či vyvrátit pomocí metody komparace časových řad, analýzy příjmů a výdajů a syntézy dostupných informací.

Diplomová práce je členěna do samostatných kapitol. Teoretická část práce vymezuje charakteristiky systému veřejného zdravotního pojištění, podstatu a působnost zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a změny, které proběhly v souvislosti s reformou systému veřejného zdravotního pojištění v České republice.

V praktické části bude provedena analýza hospodaření Hutnické zaměstnanecké pojišťovny v letech 2005 – 2008. Budou zde rozebrány a zpracovány hlavní příjmy a výdaje spojené s hospodařením pojišťovny a jednotlivé fondy zdravotní pojišťovny.

Závěrečná kapitola má přímou návaznost na rozbor hospodaření v předcházející kapitole. Budou zde zhodnoceny zjištěné skutečnosti a případné návrhy opatření, které by mohly zlepšit postavení zkoumané zdravotní pojišťovny na trhu zdravotního pojištění.

Při zpracování diplomové práce je vycházeno především z interních materiálů HZP, aktuální právní úpravy týkající se veřejného zdravotního pojištění a z odborné literatury vztahující se k řešenému tématu.

2 ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V ČR

Pro potřeby zabezpečení zdravotní péče se ve vyspělých zemích setkáváme s **modely statutárního zdravotního pojištění**, které se ale v jednotlivých zemích od sebe liší. Můžeme tedy rozlišit 2 základní modely:

- Beveridgeův (systém národní zdravotní služby),
- Bismarckův (systém založený na povinném zdravotním pojištění).

Někdy se také uvádí tzv. Tržní model, což je smíšený systém s převahou liberalistických prvků. Dále bude konkrétněji vymezen pouze Bismarckův pojišťovací model, který je uplatňován v České republice.

Bismarckův model sociálního zdravotního pojištění je založen na financování z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců a provozovaný samosprávnými zdravotními pojišťovnami. Výše pojistného je obvykle stanovena s ohledem na velikost příjmu pojištěnce. Poskytovatelé zdravotní péče jsou smluvně vázáni na zdravotní pojišťovny nebo mají ze zákona právo zdravotním pojišťovnám zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům účtovat (např. ve Francii).¹

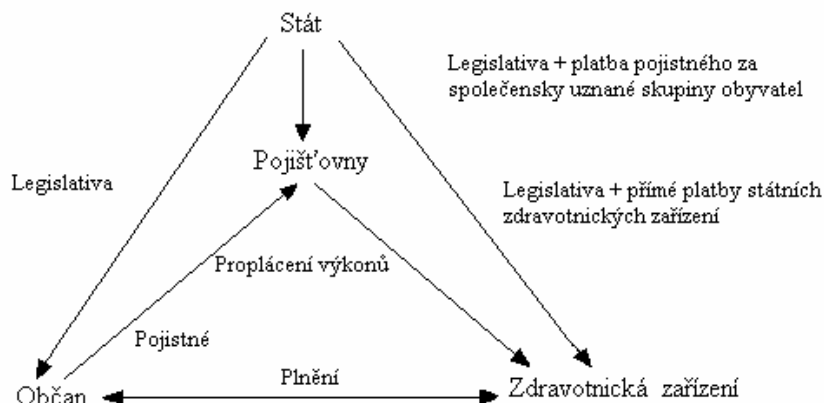
Princip modelu spočívá v tom, že občan (zaměstnanec) odvádí ze své mzdy určitý obnos pojišťovně, která na smluvním základě proplácí lékaři nebo zdravotnickému zařízení poskytnutou zdravotní pomoc a péči. Stát uplatňuje svou roli vůči tomuto systému prostřednictvím legislativy, případně do něj zasahuje svými kontrolními aktivitami, zatímco těžiště nástrojů a mechanismů k řízení a regulaci jeho vlastního chodu předává do rukou veřejnoprávních institucí (pojišťoven).² Obrázek č. 1 naznačuje postavení jednotlivých aktérů zdravotního pojištění.

U ostatních uvedených modelů hraje nezastupitelnou úlohu stát. Stát buďto přímo statutární zdravotní pojištění provozuje, silně reguluje nebo částečně dotuje. I v systémech založených na modelech privátního zdravotního pojištění je patrná silná regulativní úloha státu. V evropských zemích je zdravotní péče financována především ze zdrojů statutárního zdravotního pojištění, které pokrývají zhruba ¾ výdajů na zdravotní péči.

¹ NĚMEC, J., (2008), str. 20

² DURDISOVÁ, J., (2005), str. 144

Obrázek č. 2.1: Bismarckův model sociálního zdravotního pojištění



Zdroj: DURDISOVÁ, J., (2005), str. 144

2.1 Historický vývoj zdravotního pojištění

První povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno v roce 1849 v Prusku pro horníky po vzoru Německa. Od roku 1918 až do roku 1945 bylo zdravotnictví na našem území financováno z rozpočtu Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělovýchovy a přes systém zdravotních pojišťoven. V roce 1948 bylo nemocenské a důchodové pojištění sjednoceno do jednoho povinného systému, který spravovala Ústřední národní pojišťovna. Byly znárodněny lázně, zřídla a zestátněny nemocnice, léčebné ústavy a zdravotnický průmysl. Od roku 1951 byl zaveden sovětský systém zdravotnictví.³

V 70. a 80. letech se zdravotnictví začalo potýkat s nedostatkem financí. Celý systém byl neefektivní, těžkopádný a nereagoval flexibilně na potřeby občanů. V roce 1989 nastal politický převrat, který měl vliv i na oblast zdravotnictví. Cílem transformace zdravotnictví byla demokratizace, humanizace a zvýšení kvality poskytované péče. Bylo zavedeno veřejné zdravotní pojištění fungující na principu solidarity a rozhodnuto o pluralitním systému zdravotních pojišťoven.

Statutární zdravotní pojištění bylo v České republice znovu zavedeno v roce 1992. Jeho legislativní základ tvoří čtyři zákony:

³ NĚMEC, J., (2008), str. 14

- Zákon 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,
- Zákon 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách,
- Zákon 592/ 1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění,
- Zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

V roce 1992 byla založena Všeobecná zdravotní pojišťovna a po ní ještě 26 dalších zdravotních pojišťoven. Všechny 27 pojišťoven mělo charakter ze zákona zřízených veřejnoprávních institucí. V roce 1992 byl také zahájen proces privatizace ambulantních zařízení, malých lůžkových zařízení, lázní a lékáren. V tomto období vznikly čtyři nejdůležitější zákony z oblasti financování zdravotnictví. Občané získali možnost svobodné volby lékaře, zdravotní pojišťovny, nemocnic a dalších zdravotnických zařízení. „Po roce 1992 byl opuštěn centralizovaný systém zdravotnictví založený na financování ze státního rozpočtu a rozpočtů národních výborů a státního vlastnictví zdravotnických zařízení. Byl nahrazen systémem pluralitním, který je založen na vícezdrojovém financování, přičemž základní zdroj tvoří povinné všeobecné zdravotní pojištění.“⁴

V roce 1995 byl upraven veřejný dohled nad všemi zdravotními pojišťovnami. Z tohoto důvodu se řada pojišťoven dostala do vážných finančních problémů a z 27 jich v roce 2001 zůstalo pouze 9.

Dne 1.10.2009 došlo rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví České republiky k fúzi mezi Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou a Českou národní zdravotní pojišťovnou. Nově vzniklá zdravotní pojišťovna získala název Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP). „ČPZP se stala 3. největší zdravotní pojišťovnou s více než 80 pobočkami po celé České republice. Cílem bylo vytvořit silnější subjekt, který je založen, stejně jako původní zaměstnanecké pojišťovny, na úzké spolupráci s českým průmyslem.“⁵

K 1.1.2010 působilo v ČR vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR také 8 dalších zaměstnaneckých pojišťoven:

1. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
2. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,

⁴ DURDISOVÁ, J., (2005), str. 177

⁵ Česká Průmyslová zdravotní pojišťovna [online]. [cit. 10. prosince 2009]. Dostupné z WWW: <<http://www.cpzp.cz/main/clanek.php?id=45>>.

3. Revírní bratrská pokladna,
4. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,
5. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
6. Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE,
7. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky,
8. Zdravotní pojišťovna Média.

2.2 Zdravotní pojištění

Systém veřejného zdravotního pojištění v České republice vychází ze zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a ze zákona 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Veřejné zdravotní pojištění slouží ke krytí výdajů v souvislosti s financováním zdravotní péče. Článek 31 LZPS – každý má právo na ochranu zdraví, občané mají právo na základě veřejného zdravotního pojištění na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotnické pomůcky za podmínek, které stanoví zákon o VZP. Slouží k získání peněžních prostředků na financování zdravotní péče poskytované pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav.⁶ Systém veřejného zdravotního pojištění je postaven na několika základních principech.

Princip obligatorního zdravotního pojištění vychází ze zákonné úpravy, která stanovuje důvody vzniku a zániku zdravotního pojištění, okruh pojištěnců a plátců pojistného, jejich práva a povinnosti a další podmínky, jimiž se řídí právní vztahy veřejného zdravotního pojištění.

Princip sociální solidarity pojištěnců je jedním ze základních principů, na nichž je vybudováno veřejné zdravotní pojištění. Lze jej charakterizovat:

- jako solidaritu bohatých s chudými, kdy občané s vyššími příjmy přispívají na zdravotní péči vyšším pojistným než občané s nižšími příjmy,
- jako solidaritu zdravých s nemocnými, kdy zdravý občan nečerpá vůbec nebo čerpá z pojistných fondů jen nižší částku než nemocný občan, jehož náklady na zdravotní péči jsou vyšší.⁷

⁶ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

⁷ TRÖSTER, P. a kol., (2000), str. 93

Princip plurality pojišťovacích institucí je založen na předpokladech, že na území ČR není veřejné zdravotní pojištění zabezpečováno pouze jedním subjektem, ale systém zdravotních pojišťoven je pluralitní. Každá fyzická osoba, která spadá do okruhu pojištěnců stanoveného zákonem o veřejném zdravotním pojištění musí být zdravotně pojištěna u některé zdravotní pojišťovny, kterou si sama zvolí.⁸ Právo na výběr pojišťovny není u narozeného dítěte, je pojištěno u zdravotní pojišťovny matky a změna pojišťovny může být uskutečněna až po přidělení rodného čísla.

Princip svobodné volby povinných subjektů zajišťuje, že pojištěnec má právo na výběr lékaře ať už praktického, odborného a jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví, zdravotnického zařízení, tak i na dopravní služby, které jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně.

Princip universality osobního rozsahu vychází z předpokladů, že se universalita osobního rozsahu ZP projevuje pojištěním všeobecně platným, dostupným pro všechny v zákoně vyjmenované osoby, jimž se na základě jednotné právní úpravy hradí poskytnutá zdravotní péče v rozsahu vymezeném zákonem.⁹ Veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a rovněž pro osoby, které na území ČR trvalý pobyt nemají, ale vykonávají zaměstnání pro zaměstnavatele se sídlem na území ČR.

Princip státní ingerence se projevuje ve výčtu plátců pojistného. Kromě pojištěnců jsou plátcí pojistného zaměstnavatelé a stát. Placení pojistného státem za skupiny obyvatelstva uvedené v zákoně je zárukou, že zdravotní pojišťovny nebudou zkráceny ve svých příjmech v důsledku neplacení pojistného těmito občany. Státní garance spočívá v tom, že v případě platební neschopnosti VZP ČR zaručuje uhrazení nákladů poskytnuté zdravotní péče po vyčerpání prostředků rezervního fondu státní rozpočet ČR ve formě návratné finanční výpomoci, o jejímž poskytnutí rozhoduje vláda na návrh ministra zdravotnictví.¹⁰

⁸ *Sdružení ambulantních specialistů České republiky [online]. [cit. 19. prosince 2009]. Dostupný z WWW:< http://www.sasp.cz/novinky/27022006_2.htm>.*

⁹ *TRÖSTER, P. a kol., (2000), str. 94*

¹⁰ *Vláda České republiky [online]. [cit. 10. prosince 2009]. Dostupný z WWW:< <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/vvzpo/dokumenty/strednedoba-koncepce-statni-politiky-vuci-obcanum-se-zdravotnim-postizenim-6473/>>.*

Účast na veřejném zdravotním pojištění je v ČR povinná pro tyto skupiny osob:

- osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR,
- osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR (pojištěnci).

Vedle veřejného zdravotního pojištění se občané mohou připojistit v rámci soukromého zdravotního pojištění například na nadstandardní péči, pojištění stomatologických výkonů nehrazených veřejným zdravotním pojištěním a na připojištění léčebných výloh při pobytu v zahraničí. Hlavní rozdíl mezi soukromým a veřejným zdravotním pojištěním spočívá v dobrovolnosti jejich uzavření. Zatímco zákonné zdravotní pojištění musí odvádět jednotlivým zdravotním pojišťovnám každý zákonem stanovený plátec, u komerčního pojištění záleží na každém z nás, zda se jej rozhodneme uzavřít či nikoliv. Veřejné zdravotní pojištění spočívá v tom, že právo na hrazenou zdravotní péči stejně jako povinnost být zdravotně pojištěn jsou stanoveny zákonem.

2.2.1 Vznik a zánik právního vztahu zdravotního pojištění

Právní vztah zdravotního pojištění vzniká a zaniká na základě právních skutečností stanovených zákonem. To znamená, že k jeho vzniku je zapotřebí právní skutečnost a právní norma tuto skutečnost upravující. Okamžik vzniku a zániku je upraven v § 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Vztah zdravotního pojištění vzniká buď narozením nebo dnem, kdy se fyzická osoba stala zaměstnancem, anebo získáním trvalého pobytu na území České republiky. Zánik tohoto vztahu nastává smrtí pojištěnce (i jeho prohlášením za mrtvého), dnem, kdy osoba přestala být zaměstnancem, nebo ukončením trvalého pobytu na území České republiky.

Existují skupiny osob, které jsou ze zdravotního pojištění vyňaty a definuje je zákon o veřejném zdravotním pojištění:

- a) osoby, které nemají trvalý pobyt a které jsou činné pro zaměstnavatele, který nemá sídlo na území ČR,
- b) osoby, které dlouhodobě a nepřetržitě pobývají v cizině, alespoň 6 měsíců a pokud jsou v cizině odpovědným způsobem pojištěni,
- c) cizí státní příslušníci, kteří nemají trvalý pobyt na území ČR a kteří jsou činní pro zaměstnavatele v ČR a požívají diplomatických imunit a výsad.

Plátcí pojistného

- a) pojištěnci – zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné, osoby bez zdanitelných příjmů,
- b) zaměstnavatelé,
- c) stát.

Za zaměstnance se pro účely zdravotního pojištění považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle zvláštního právního předpisu, s výjimkou:

- osoby, která má pouze příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků, které nejsou předmětem daně nebo jsou od daně osvobozeny,
- žáka nebo studenta, který má pouze příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků za práci z praktického výcviku,
- osoby činné na základě dohody o provedení práce,
- osoby, která v pracovním poměru vykonává sjednané práce jen občas a nepravidelně podle potřeb zaměstnavatele (zaměstnanec na nepravidelnou výpomoc) a která v kalendářním měsíci nedosáhla příjmu ve výši částky, která je podmínkou pro účast takové osoby na nemocenském pojištění podle zvláštních právních předpisů (započitatelný příjem),
- člena družstva, který není v pracovněprávním vztahu k družstvu, ale vykonává pro družstvo práci, za kterou je jím odměňován, a který v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu,
- osoby činné na základě dohody o pracovní činnosti, která v kalendářním měsíci nedosáhla započitatelného příjmu,
- dobrovolného pracovníka pečovatelské služby, který v kalendářním měsíci nedosáhl započitatelného příjmu.¹¹

Za osoby samostatně výdělečně činné se pro účely zdravotního pojištění považují:

- osoby provozující činnost,
- osoby podnikající v zemědělství,
- osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů,

¹¹ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

- osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů,
- společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností,
- osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním,
- osoby vykonávající činnost mandátáře na základě mandátní smlouvy,
- spolupracující osoby včetně osob samostatně výdělečně činných.

Do kategorie **osoby bez zdanitelných příjmů** se řadí:

- žena v domácnosti, která nepečuje celodenně osobně a řádně o dítě do stanoveného věku,
- student, který studuje na škole, která nebyla Ministerstvem školství označena jako soustavná příprava na budoucí povolání (některé jazykové školy, většina škol v cizině atd.), případně student starší 26 let,
- nezaměstnaný, který není v evidenci úřadu práce,
- osoba, která pracuje v cizině pro cizího zaměstnavatele.

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za tyto pojištěnce:

- nezaopatřené dítě – dítě do skončení povinné školní docházky, do věku 26 let pokud:
 - se soustavně připravuje na budoucí povolání,
 - nemůže se soustavně připravovat na budoucí povolání pro nemoc či úraz nebo nemůže vykonávat výdělečnou činnost z tohoto důvodu,
 - je neschopno z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu vykonávat soustavnou výdělečnou činnost,
- poživatel důchodu vdovský, vdovecký, invalidní atd. kromě sirotčího, příjemci rodičovského příspěvku, ženy na mateřské nebo rodičovské dovolené, uchazeči o zaměstnání, kteří jsou evidováni na úřadu práce, osoba, která pobírá dávky sociální potřeby, osoby ve vazbě, výkonu trestu, osoby, které celodenně, řádně, osobně pečují a jedno dítě do 7 let, nebo 2 děti do 15 let, osoby, které dlouhodobě vykonávají dobrovolnickou službu apod.¹²

Kontrolou placení pojistného jsou pověřeni zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny, čímž se zjišťuje správné stanovení vyměřovacího základu, výše pojistného

¹² Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

a včasné zaplacení pojistného. Za nesplnění povinností vyplývajících ze zákona pro plátce zdravotního pojištění může být udělena pokuta až do výše 50 000 Kč, jež se stane příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

2.3 Poskytovatelé zdravotní péče

Zdravotní péče je pojištěnci poskytována ve zdravotnických zařízeních formou ambulantní nebo ústavní péče. Z hlediska úhrad zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění rozdělujeme poskytovatele na subjekty poskytující:

- **Ambulantní péči:** primární (praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost), specializovanou ambulantní péči (ambulantní specialisté), zvláštní ambulantní péči např.: domácí zdravotní péče, zdravotní péče ve stacionářích,
- **Ústavní péči:** akutní, následnou, odbornou a specializovanou, zvláštní ústavní péče paliativní,¹³ lůžková,
- **Ostatní péči:** pohotovostní a záchrannou, preventivní, závodní preventivní péči, dispenzární (soustavná odborná péče), lázeňskou.

Poskytovatelé zdravotní péče mohou poskytovat kombinaci uvedených typů zdravotní péče. Rozsah poskytované a hrazené péče je dán smlouvami se zdravotními pojišťovnami a způsob úhrady je definován cenovými dodatky, které se aktualizují vždy pro příslušné úhradové období jednoho roku. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění uvádí i úkony které jsou hrazeny jen částečně nebo vůbec: výkony akupunktury, zubní implantáty, rehabilitace, vyšetření, která jsou vykonávána v osobním zájmu a na žádost fyzické osoby.

2.4 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou instituce, které provádějí specifickou a vysoce odbornou činnost. Jsou právnickými osobami a přebírají za občany jejich finanční riziko spojené s případnou léčbou a zajišťují jim přístup ke zdravotní péči. Fakticky tak realizují ústavně garantované právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění

¹³ Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

za podmínek stanovených zákonem. Na zajištění financování těchto institucí se podílejí na základě zákona plátcí ve formě odvodů na veřejné zdravotní pojištění nebo stát jako plátcé ze státního rozpočtu za pojištěnce, za které je plátcem stát. Jejich činnost má tak v konečném důsledku významné dopady na makroekonomickou stabilitu České republiky a její konkurenceschopnost v mezinárodním srovnání, na zdravotní stav občanů a na finanční situaci poskytovatelů zdravotní péče.¹⁴

Veřejné zdravotní pojištění v ČR provádějí veřejné zdravotní pojišťovny. Jejich prostřednictvím dochází k úhradě poskytnuté základní zdravotní péče ze zákonného zdravotního pojištění. Největší zdravotní pojišťovnou v ČR je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Kromě VZP ČR existují i resortní, oborové a podnikové pojišťovny, souhrnně nazývané zaměstnanecké pojišťovny. Činnost těchto zdravotních pojišťoven se řídí zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších právních předpisů.

„Základním, prvořadým a trvalým úkolem zdravotních pojišťoven je použít vybrané pojistné na veřejné zdravotní pojištění především k úhradě zdravotní péče poskytnuté jejím pojištěncům v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Zdravotní péče je soubor léčebných úkonů prováděných lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky za účelem vyléčení pacienta, zlepšení nebo alespoň zachování jeho zdravotního stavu.“¹⁵ Každá zdravotní pojišťovna má povinnost přijmout jako pojištěnce každou osobu, jež splňuje podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění. Osoba, která je pojištěncem ve smyslu veřejného zdravotního pojištění, má nárok na výběr zdravotní pojišťovny, u které bude pojištěna.

2.4.1 Působnost zaměstnaneckých pojišťoven

Dle zákona č. 280/1992 Sb. mohou vznikat:

- *resortní zaměstnanecké pojišťovny* – pojišťovny, které provádějí všeobecné zdravotní pojištění pro zaměstnance všech organizací založených a zřízených jedním ministerstvem,

¹⁴ Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách [online]. [cit. 13. ledna 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vecny-zamer-zakona-o-zdravotnich-pojistovnach_1807_1042_3.html>.

¹⁵ DOLANSKÝ, H., (2008), str. 185

- *oborové zaměstnanecké pojišťovny* – provádějí zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho oboru,
- *podnikové zaměstnanecké pojišťovny* – provádějí zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho a více podniků,
- *další zaměstnanecké pojišťovny* – s mezirezortní a mezioborovou působností.

Tyto pojišťovny mohou být **založeny** pouze na základě povolení. O udělení tohoto povolení rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. K žádosti o povolení je nutno složit kauci ve výši 50 000 000 Kč. Dnem zápisu zaměstnanecké zdravotní pojišťovny do obchodního rejstříku přecházejí práva na tuto kauci zpět na danou pojišťovnu a ta ji převede do rezervního fondu. Povolení je neprenosné a uděluje se na dobu neurčitou. Žadatelem o povolení musí být pouze právnická osoba se sídlem na území ČR.

V žádosti o povolení žadatel musí uvést název a sídlo zaměstnanecké pojišťovny, z názvu musí být zřejmé, že jde o zaměstnaneckou pojišťovnu, dále musí uvést rozbor předpokládaných příjmů a výdajů zaměstnanecké pojišťovny, věcné, finanční a organizační předpoklady pro činnost zaměstnanecké pojišťovny, banku, která povede pro zaměstnaneckou pojišťovnu finanční prostředky, závazek, že zaměstnanecká pojišťovna dosáhne do jednoho roku od založení počtu nejméně 50 000 pojištěnců.

Taková pojišťovna je nositelem zdravotního pojištění pro pojištěnce, kteří se u ní zaregistrují. Je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje vlastním jménem, může tedy nabývat práv a povinností a nese odpovědnost, která z těchto vztahů vyplývá. Zaměstnanecká pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným, předkládá zdravotně pojistný plán, účetní uzávěrku, výroční zprávu a zprávu auditora. Předložený návrh schvaluje Poslanecké sněmovna Parlamentu ČR po vyjádření vlády. Majetek, se kterým hospodaří pojišťovna, nemůže být předmětem konkurzu ani vyrovnání. U těchto zdravotních pojišťoven neexistuje státní záruka financování úhrady zdravotní péče.

K **zániku** zdravotní pojišťovny dojde ke dni výmazu z obchodního rejstříku, jemuž předchází zrušení s likvidací nebo bez likvidace. Bez likvidace se zaměstnanecká pojišťovna zruší, pokud dojde ke sloučení s VZP ČR nebo jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. K likvidaci pojišťovny dojde, jestliže jí bylo Ministerstvem financí odejmuto povolení nebo jestliže o to sama požádá. V případě zrušení některé ze zaměstnaneckých pojišťoven přebírá její pojištěnce VZP ČR, pokud si sami nezvolili jinou zdravotní pojišťovnu.

2.4.2 Organizační struktura zdravotních pojišťoven

Z hlediska organizační struktury je nejvyšším orgánem zdravotní pojišťovny **správní rada**. Správní rada rozhoduje o zásadních otázkách týkajících se činnosti zdravotní pojišťovny. Nejvyšším kontrolním orgánem je pak **dozorčí rada**, která dohlíží nad dodržováním pravidel hospodaření, právních předpisů a vnitřních předpisů pojišťovny. Ve zdravotních pojišťovnách dále působí tzv. **rozhodčí orgán**, který rozhoduje zejména ve věcech týkajících se např. sporného placení pojistného, penále, vracení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné a **výbor pro audit**.¹⁶ V orgánech příslušné ZP jsou zastoupeni pojištěnci, zaměstnavatelé pojištěnců a stát.

2.4.3 Požadavky na hospodaření zdravotních pojišťoven

Zákon obecně vyžaduje, aby zdravotní pojišťovna hospodařila s prostředky pro zajištění nároku pojištěnců z veřejného zdravotního pojištění s odbornou péčí, efektivně a v zájmu svých pojištěnců.¹⁷ Zdravotní pojišťovny jsou neziskové organizace a hlavní činností je provádění veřejného zdravotního pojištění. Kromě toho je přípustné jako doplňková činnost i smluvní pojištění a připojištění dle zákona o veřejném zdravotním pojištění. Mělo by platit, že veškeré uspořené či nevyčerpané finanční prostředky by se vracely zpět a použily by se ke zlepšení zdravotního stavu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny.

Zdravotní pojišťovny pro jednotlivé oblasti svých činností vytvářejí a spravují účelové fondy. V souladu s právními předpisy vytváří a spravují ZP tyto fondy:

- základní fond zdravotního pojištění,
- rezervní fond,
- provozní fond,
- sociální fond,
- fond majetku,
- fond reprodukce majetku.

¹⁶ DOLANSKÝ, H., (2008), str. 182

¹⁷ Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách [online]. [cit. 13. ledna 2010]. Dostupný z WWW:<
http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vecny-zamer-zakona-o-zdravotnich-pojistovnach_1807_1042_3.html>.

Zdravotní pojišťovna může při splnění zákonem stanovených podmínek vytvořit a spravovat také fond prevence a fond specifické zdravotní péče na úhradu zdravotní péče svým pojištěncům, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Základní fond zdravotního pojištění se bezprostředně dotýká zdravotní péče. Je tvořen z finančních zdrojů: především z vybraného pojistného, z převodů na zvláštní účet, z náhrady škod, pokut, penále, přírážek k pojistnému. Rovněž jsou zde zahrnuty bankovní úroky z prostředků základního fondu zdravotního pojištění a ostatní příjmy jako pohledávky za zahraničními pojišťovnami, dary. Prostředky z tohoto fondu jsou poté čerpány za účelem úhrady zdravotní péče, poukazují se vratky pojištěncům za překročení limitu pro regulační poplatky, přiděly do rezervního a provozního fondu, fondu prevence a hradí se z něj také bankovní a další poplatky.¹⁸

Rezervní fond je tvořen z přidělů ze základního fondu zdravotního pojištění tak, aby výše rezervního fondu na konci účetního období činila 1,5 % průměrných výdajů základního fondu za poslední tři roky. Dále jej tvoří bankovní úroky z prostředků rezervního fondu a ostatní položky. Rezervní fond je vytvářen ke krytí neočekávaných výkyvů hospodaření (krytí schodku základního fondu). Až 30 % finančních prostředků je možné použít k nákupu státních cenných papírů nebo cenných papírů vydávaných obcemi.

Zdroje **provozního fondu** představuje zejména přiděl ze základního fondu zdravotního pojištění a to do výše určitého procenta z rozvrhové základny, kterou tvoří např.: vybrané pojistné po přerozdělení, výnosy z pokut, penále, přírážky k pojistnému a náhrady škod. Výše přidělu je dána procentem, které je nepřímo úměrné počtu pojištěnců a v současné době činí 3 – 4 %. Další zdroje fondu představují bankovní úroky z prostředků provozního fondu a ostatní příjmy. Z fondu jsou naopak čerpány úhrady provozních nákladů, odváděny přiděly do fondu reprodukce majetku (odpisy) či přiděly do sociálního fondu.

Sociální fond slouží k zabezpečení kulturních, sociálních a dalších potřeb ve prospěch zaměstnanců pojišťovny. Zdrojem fondu jsou 2 % ročního objemu nákladů zúčtovaných

¹⁸ Zákon 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

na mzdy a náhrady mzdy bez ostatních osobních nákladů, bankovní úroky z prostředků sociálního fondu a ostatních příjmů, jako jsou například splátky půjček.¹⁹

Fond majetku slouží ke sledování zůstatkové hodnoty dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.

Fond reprodukce majetku je vytvářen přidělem z provozního fondu (ve výši zejména odpisů z dlouhodobého majetku) a bankovními úroky z prostředků fondu reprodukce majetku. Prostředky z něho jsou čerpány na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.

Fond prevence může být tvořen pouze v případě naplnění zákonné výše ostatních fondů zdravotní pojišťovny. Po splnění této podmínky je naplňován přidělem ze základního fondu zdravotního pojištění ve výši pokut, penále, přírážek k pojistnému a bankovních úroků základního fondu zdravotního pojištění. Omezen je maximálním procentem z rozvrhové základny (v roce 2009 činil 0,65 % a v roce 2010 ve výši 0,4 %). Do rozvrhové základny se započítávají příjmy z pojistného po přerozdělení, výnosy z penále, pokut, přírážek k pojistnému a náhrad škod. Z fondu je zabezpečována péče hrazená nad rámec zdrav. pojištění (příspěvky pro dárce krve, dárce kostní dřeně atd.).

Dalšími příjmy jsou úroky z bankovních účtů z prostředků fondu prevence. Z fondu jsou financovány preventivní programy dle podmínek konkrétní pojišťovny. Jedná se zejména o úhrady zdravotní péče, u níž je prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt a která je poskytována pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním.²⁰

Způsob úhrady zdravotní péče poskytnuté pojištěncům příslušnou zdravotní pojišťovnou je závislý na uzavřených smlouvách s jednotlivými smluvními zdravotnickými zařízeními, na stanovené metodice, výsledcích dohodovacích řízení a platné právní úpravě.

Základní normou týkající se plánování hospodaření a činnosti zdravotní pojišťovny je **zdravotně pojistný plán**. Je řídicím nástrojem, který je důležitý také z hlediska kontroly vývoje celého procesu.

¹⁹ Zákon 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

²⁰ Zdravotnické noviny [online]. [cit. 25. ledna 2010]. Dostupný z WWW: < <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/hospodareni-zdravotnich-pojistoven-447951> >.

Pojišťovna je povinná v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku, návrh výroční zprávy za minulý kalendářní rok a zprávu auditora. Návrh ZPP, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. Schválený ZPP, schválenou výroční zprávu a účetní uzávěrku pojišťovna zveřejňuje způsobem umožňující dálkový přístup. Není-li ZPP pojišťovny schválen před 1. lednem příslušného kalendářního roku, řídí se činnost pojišťovny do schválení zdravotně pojistného plánu provizoriem stanoveným Ministerstvem zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí. Základem pro stanovení provizoria je návrh zdravotně pojistného plánu na příslušný kalendářní rok.

Zdravotně pojistný plán obsahuje plán příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán provozních nákladů, údaje o rozsahu zdravotní péče hrazené pojišťovnou, způsob zajištění dostupnosti služeb nabízených pojišťovnou včetně předpokládané soustavy zdravotnických zařízení, se kterými pojišťovna uzavírá smlouvu o úhradě zdravotní péče.

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) a Ministerstvo financí (MF) posoudí předložený návrh ZPP z hlediska souladu s právními předpisy a z hlediska souladu s veřejným zájmem. Pokud návrh zdravotně pojistného plánu odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, vrátí ho MZ pojišťovně k přepracování. V případě, kdy MZ a MF po posouzení souladu zdravotně pojistného plánu s právními předpisy a veřejným zájmem zjistí, že návrh zdravotně pojistného plánu není s těmito hledisky v rozporu, předloží návrh zdravotně pojistného plánu ke schválení vládě.²¹

2.4.4 Regulace a kontrola činnosti zdravotních pojišťoven

Regulace a kontrola činnosti je rozprostřena mezi řadu státních orgánů a to především ministerstev. Dominantní postavení má Ministerstvo zdravotnictví ve věcech, týkajících se financování, jsou zákonem založeny pravomoci Ministerstva financí. Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole Nejvyššího kontrolního úřadu a dále se na kontrole podílejí také pojištěnci.

²¹ *Portál veřejné správy ČR [online]. [cit. 18. listopadu 2009]. Dostupný z WWW:<
http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/70111_l=551/1991&PC>.*

Na vyžádání pojištěnce je zdravotní pojišťovna povinna písemně poskytnout jedenkrát ročně údaje o zdravotní péči uhrazené za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců.²²

Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění prostřednictvím informačních dat a činností revizních lékařů. Revizní lékaři posuzují odůvodněnost léčebného procesu a to, zda poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované ZP. Další kontrolní činnost provádí odborní pracovníci ve zdravotnictví, způsobilí k revizní činnosti.

Revizní lékaři a další odborní pracovníci mají za úkol kontrolovat:

1. zda poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované zdravotní pojišťovně,
2. zda byly vyúčtovány pouze ty výkony, léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit,
3. zda rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce.

Zákon revizním lékařům dále ukládá vykonávat kontrolní činnost především v oboru, ve kterém získali specializaci a to na základě pracovněprávního vztahu ke zdravotní pojišťovně, který je sjednán na základě výběrového řízení.

Cílem revizních lékařů je tedy starat se o to, aby se každému pojištěnci dostalo právě takové péče, jakou jeho stav vyžaduje, nesmí být nákladnější než je nutné, neboť její nadbytečné čerpání by mohlo být na úkor ostatních pojištěnců.

„Veřejné zdravotní pojištění nemá za úkol hradit všechny ošetřujícím lékařem individuálně zvolené diagnostické a léčebné postupy, ale pouze ty, které jsou k úhradě z veřejného zdravotního pojištění obecně uznané.“²³

2.4.5 Princip přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami

V systému, ve kterém působí více zdravotních pojišťoven má většinou každá pojišťovna jiné složení pojištěnců – pojistného kmene a různé zastoupení rizikových faktorů. Zdravotní pojišťovny se mohou lišit ve věkovém a sociálním složení pojištěnců, různém počtu spolupojištěných rodinných příslušníků a různé zátěži chronickými onemocněními. Různé zatížení pojistného kmene rizikovými faktory může být přitom rozhodujícím prvkem finanční

²² Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

²³ DOLANSKÝ, H., (2008), str. 196

úspěšnosti příslušné zdravotní pojišťovny. Nevhodné složení pojistného kmene může ZP kompenzovat kvalitou svého řízení a hospodaření jen v omezené míře.²⁴ Z tohoto důvodu probíhá mezi zdravotními pojišťovnami v určité formě přerozdělení finančních prostředků na základě zákona či výjimečně na dobrovolném základě. Cílem takového přerozdělení je kompenzovat rozdílné zastoupení rizikových faktorů v pojistných kmenech zdravotních pojišťoven.

V České republice bylo zákonem předepsáno přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami už od vzniku prvních zaměstnaneckých ZP v roce 1993. Přerozdělování bylo zaměřeno především na vyrovnaní příjmů jednotlivých ZP, a to s ohledem na vyrovnaní rozdílného podílu pojištěnců (především důchodců a dětí), za které platil pojistné stát. Rozdílné výdaje na zdravotní péči se zohledňovaly pouze tím, že při přerozdělení měli důchodci větší váhu než ostatní skupiny tzv. státních pojištěnců. Vlastní přerozdělování probíhalo tak, že každá zdravotní pojišťovna nahlásila Všeobecné zdravotní pojišťovně, která přerozdělování administrovala 60 % vybraného pojistného za uplynulý měsíc od aktivních plátců a počty státních pojištěnců ve dvou kategoriích, které tvořili důchodci a ostatní státní pojištěnci, jak je uvedeno výše.

Tyto prostředky se v podstatě sloučily s platbou pojistného od státu za státní pojištěnce za příslušný měsíc a vydělily celkovým počtem nahlášených státních pojištěnců, přičemž počet pojištěnců v důchodovém věku se násobil třema. Z takto získaného příjmu pojistného za jednoho standardizovaného státního pojištěnce získala každá ZP nárok na příjem pojistného na státní pojištěnce vynásobením s počtem státních pojištěnců u každé ZP, přičemž důchodci se opět počítali třikrát. Pokud nárok příjmu za státní pojištěnce přesahoval 60 % vybraného pojistného u dané ZP, administrátor přerozdělování přidělil této pojišťovně rozdíl. Pokud ale tomu bylo u některé z pojišťoven naopak, rozdíl poukázala tato pojišťovna administrátorovi.²⁵

Vyhláškou č. 644/2004 Sb., s účinností od 1. ledna 2005, došlo ke změně ve způsobu přerozdělování. Podstatně byl změněn celkový objem přerozdělovaných prostředků na veřejné zdravotní pojištění z 60 % na 100 % prostředků vybraných na veřejné zdravotní pojištění. Kromě této změny byl do přerozdělování zapracován princip uplatnění nároku na úhradu nákladné péče.

²⁴ NĚMEC, J., (2008), str. 152

²⁵ NĚMEC, J., (2008), str.154

Od roku 2006 probíhá v českém veřejném zdravotním pojištění přerozdělení všech vybraných prostředků na pojistném podle věku a pohlaví pojištěnců. Odstranila se tak především motivace zdravotních pojišťoven k získávání příjmově silnějších pojištěnců v aktivním věku, která převládala při předchozím způsobu přerozdělování.

Nákladovost pojištěnců je zohledňována prostřednictvím nákladových indexů tj. 36 věkových skupin pojištěnců v intervalu pěti let (18 skupin tvoří muži + 18 skupin tvoří ženy).

Nákladnou péčí se rozumí zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění poskytnutá na území České republiky pojištěncům podle zvláštního právního předpisu, zákon č.48/1997 Sb., u níž výše úhrady příslušnou zdravotní pojišťovnou za jednoho pojištěnce překročila v období jednoho kalendářního roku částku odpovídající třicetinásobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění za poslední účetně uzavřený kalendářní rok. Příslušná zdravotní pojišťovna má nárok na úhradu 80 % částky, o kterou nákladná péče překročí výše uvedenou částku třicetinásobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění za poslední účetně uzavřený kalendářní rok, pokud správci účtu Všeobecné zdravotní pojišťovně vyúčtuje a řádně doloží případy nákladné péče. Úhrada nákladné péče se provádí formou měsíčních zálohových plateb a ročního vyúčtování po skončení příslušného kalendářního roku.

2.5 Vyměřovací základ pro pojistné na zdravotního pojištění

Vyměřovacím základem pojistného na veřejné zdravotní pojištění za zaměstnance je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů a nejsou od daně osvobozeny a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním. Zúčtovaným příjmem se rozumí plnění, které bylo v peněžní nebo nepeněžní formě či formou výhody poskytnuto zaměstnavatelem zaměstnanci, předáno v jeho prospěch, popřípadě připsáno k jeho dobru. Může také spočívat v jiné formě plnění prováděné zaměstnavatelem za zaměstnance.²⁶

²⁶ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR [online]. [cit. 25. ledna 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/OSVC/Vymerovaci_zaklad/>.

Vyměřovacím základem pro OSVČ je odvod pojistného na zdravotní pojištění 50 % příjmů z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení. Je-li vyměřovací základ nižší než minimální vyměřovací základ, pak se rovná tomuto minimu, je-li vyšší než maximální vyměřovací základ, pak se rovná tomuto maximu.

Pojistné činí **13,5 % z vyměřovacího základu** a zaokrouhluje se vždy na korunu nahoru. Následující tabulky 2.1 – 2.3 zaznamenávají vyměřovací základy pro pojistné na zdravotní pojištění pro zaměstnance, OSVČ a osoby bez zdanitelných příjmů na rok 2010.

Tab. č. 2.1 Vyměřovací základ pro zaměstnance (uvedeno v Kč)

Rok	Minimální vyměřovací základ	Maximální vyměřovací základ	Minimální pojistné
2010	8 000	1 707 048	1 080

Zdroj: <http://www.vzp.cz/>, vlastní zpracování

Z tabulky č. 2.1 je patrné, že pro rok 2010 činí maximální vyměřovací základ **1 707 048 Kč**.

Tab. č. 2.2 Vyměřovací základ pro OSVČ (uvedeno v Kč)

Rok	Minimální vyměřovací základ	Maximální vyměřovací základ	Minimální záloha na pojistné	Maximální záloha na pojistné
2010	11 854,50	1 707 048	1 601	19 205

Zdroj: <http://www.vzp.cz/>, vlastní zpracování

Minimální vyměřovací základ OSVČ pro rok 2010 činí dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství, která je pro tento rok ve výši 23 709 Kč. Minimální měsíční vyměřovací základ pro měsíce roku 2010 je tedy ve výši **11 854,50 Kč**. Z toho minimální měsíční záloha na pojistné je po zaokrouhlení rovna částce **1 601 Kč**.²⁷

Výše maximálního vyměřovacího základu pro OSVČ byla novelizována zákonem č. 362/2009 Sb. pro rok 2010. Maximální vyměřovací základ v roce 2010 dosahuje **1 707 048 Kč**, maximální měsíční vyměřovací základ 142 254 Kč a maximální záloha na pojistné je stanovena na **19 205 Kč**. Tato nová maximální výše zálohy na pojistné bude pro OSVČ platná až od měsíce, ve kterém podají nebo by měly podat přehled za rok 2009.

²⁷ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR [online]. [cit. 25. ledna 2010]. Dostupný z WWW: http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/OSVC/Vymervovaci_zaklad/.

Minimální vyměřovací základ nemusí být u OSVČ dodržen, pokud byla OSVČ

- osobou, za kterou platí pojistné také stát,
- osobou s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením,
- osobou, která dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje další podmínky pro jeho přiznání,
- osobou, která celodenně, osobně a řádně pečuje alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku,
- osobou, která byla současně vedle samostatné výdělečné činnosti zaměstnancem a odváděla pojistné z tohoto zaměstnání, vypočtené alespoň z minimálního vyměřovacího základu, stanoveného pro zaměstnance (8 000 Kč).

Tyto skutečnosti musejí trvat po celý rok. Pokud trvají po část roku, sníží se minimální vyměřovací základ o poměrnou část. Minimální vyměřovací základ se ještě může snížit na poměrnou část, která odpovídá počtu kalendářních měsíců, po které osoba samostatně výdělečně činná nevykonávala samostatnou výdělečnou činnost ani jeden den a nebo pokud byla uznána práce neschopnou a měla nárok na nemocenské po celý měsíc.

„Zálohu ve výši 1 601 Kč musí poprvé za leden 2010 uhradit OSVČ, které zahajují v roce 2010 samostatnou výdělečnou činnost, nebo i ty, které podle Přehledu za rok 2008 platily v roce 2009 zálohy nižší než 1 601 Kč, s výjimkou osob, které nemají stanoven minimální vyměřovací základ.“²⁸

Tab. č. 2.3 Vyměřovací základ pro OBZP (uvedeno v Kč)

Rok	Minimální vyměřovací základ	Měsíční pojistné
2010	8 000	1 080

Zdroj: <http://www.vzp.cz/>, vlastní zpracování

Osoba bez zdanitelných příjmů je povinna sama platit měsíčně pojistné ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu rovnajícího se platné minimální mzdě po zaokrouhlení na korunu nahoru. Měsíční pojistné zůstává od roku 2008 ve výši **1 080 Kč** (13,5 % z 8 000 Kč).

²⁸ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR [online]. [cit. 25. ledna 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/OSVC/Vymerovaci_zaklad/>.

2.6 Reforma systému veřejného zdravotního pojištění v ČR

Cílem navrhované reformy zdravotnictví 2006 – 2008 bylo poskytnout občanům větší jistotu dostupnosti zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a větší výběr z nabídek zdravotních pojišťoven. Dílčím cílem reformy veřejného zdravotního pojištění bylo vytvoření univerzálního, na uživatele orientovaného systému, který dlouhodobě zajistí všem uživatelům v definovaném rozsahu skutečnou dostupnost poptávaných zdravotních služeb a programů péče o zdraví.

Tyto změny byly plánovány v rámci veřejného zdravotního pojištění, při zachování jednoho systému povinného pro všechny občany, se solidárním financováním a stejným rozsahem pojistných služeb bez ohledu na zvolenou pojišťovnu. Navrhovaná reforma měla zajišťovat větší výběr pro občany a zvýšení efektivity zdravotnictví cestou, která je ověřená a v posledních 20 letech postupně zaváděna ve všech vyspělých zemích, tedy cestou regulované konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a mezi jejími plátcí (pojišťovnami).

Reforma vycházela z poznatků, že v dnešní době neexistuje jediný vyspělý stát, který by posiloval centrální řízení zdravotnictví. Regulovaný trh a soutěž poskytovatelů o zakázku ze strany plátců, stejně jako větší zapojení občanů jsou jasnými trendy jak v systémech veřejného zdravotního pojištění, tak v systémech národní zdravotní služby.²⁹

Důvody pro reformu byly následující:

- nízká a nejistá hodnota produkovaných zdravotních služeb vzhledem k vynaloženým prostředkům,
- špatná a zhoršující se faktická dostupnost,
- neschopnost reagovat na změnu potřeb.

Příčiny problémů:

- principiálně špatný a zastaralý konceptuální rámec,
- zastaralý institucionální a legislativní rámec,
- zastaralý systém financování,
- nevyhovující a zastaralá informační infrastruktura.

²⁹ *Reforma systému veřejného zdravotního pojištění v ČR [online]. [cit. 25. ledna 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/prezentace/2009_01_19_TM_ILF.pdf>*

Popis reformních návrhů byl rozdělen do tří stěžejních pilířů:

I. Změny v činnosti a postavení pojišťoven: Od pasivních úřadů ke službě klientům.

Návrh reformy obsahoval následující změny v systému veřejného zdravotního pojištění:

- stanovení jasné a vymahatelné definice péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tedy „standardu“ (vede také k otevření prostoru pro platbu za „nadstandard“),
- umožnění nabídky více způsobů pojištění, včetně řízené péče a možnosti pojištěnce samostatně hospodařit s částí peněz,
- možnost pojištěnce získat bonus v případě dobrého hospodaření jeho pojišťovny,
- významné zvýšení aktivity pojišťoven při organizaci zdravotní péče, zejména přednostní uzavírání smluv s kvalitními a efektivními poskytovateli,
- zásadní zpřísnění státního dohledu nad činností zdravotních pojišťoven včetně založení specializovaného regulačního úřadu,
- změna právní formy zdravotních pojišťoven vedoucí k nalezení jejich zodpovědných majitelů a managementu s jasně definovanými odpovědnostmi.³⁰

Dlouhodobou součástí reformních snah byla také změna způsobu financování veřejného zdravotního pojištění, především změna v oblasti plateb pojistného, která sledovala dva cíle:

1. větší zapojení občanů,
2. možnost přísunu soukromých prostředků do systému veřejného zdravotního pojištění.

Tato změna ve financování byla úmyslně odložena na pozdější dobu.

II. Změny v oblasti poskytování zdravotní péče: Směrem k efektivním a kvalitním zdravotním službám

Změny v postavení a činnosti pojišťoven měly postupně vést k významnému zvýšení efektivity a kvality českého zdravotnictví, včetně změn ve struktuře sítě zdravotnických zařízení, v řízení a chování poskytovatelů zdravotní péče a ke zvýšení konkurenceschopnosti českého zdravotnictví v mezinárodním měřítku.

³⁰ *Reforma systému veřejného zdravotního pojištění v ČR [online]. [cit. 25. ledna 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/prezentace/2009_01_19_TM_ILF.pdf>.*

Jako nástroj zdravotních pojišťoven v prosazování těchto změn měly sloužit zejména smlouvy upřednostňující kvalitní a efektivní poskytovatele. Změny v oblasti poskytování zdravotní péče měly být podpořeny také dalšími způsoby:

- novou zastřešující legislativou (nové zákony o zdravotních službách nahrazující dodnes platný zákon z roku 1966 a novely zákonů o vzdělávání), vypracováním nových systémů pro popis a vykazování zdravotní péče (zejména náhrada dnešního systému bodů a zavedení srozumitelného katalogu výkonů),
- centrální podporou zavedení nových způsobů plateb poskytovatelům ze strany pojišťoven (namísto anonymních rozpočtů platba v korunách za skutečně odvedenou péči, postupně založená i na její kvalitě),
- zavedením „standardů“ (doporučených klinických postupů),
- centralizací vysoce specializované péče k menšímu množství poskytovatelů s cílem zajistit kvalitu poskytované péče a lepší využití drahých přístrojů a postupů.

Některé z těchto opatření se podařilo uskutečnit, k zásadním změnám ve způsobu poskytování zdravotní péče ale nedošlo. Příčinou je stále nenaplněná role nákupcích zdravotních služeb.

III. Změny v postavení pacienta: Možnost výběru způsobu pojištění a poskytování zdravotních služeb

Cílem třetího pilíře bylo podpořit větší zodpovědnost za vlastní zdraví a za čerpání zdravotní péče, včetně částečné finanční odpovědnosti a omezení plýtvání.

Z těchto důvodů byly zavedeny regulační poplatky a bylo plánováno umožnit občanům na základě dobrovolného rozhodnutí, aby si sami spravovali část peněz z veřejného zdravotního pojištění pomocí osobních zdravotních účtů.

Regulační poplatky byly zavedeny od 1.1.2008 zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Pro rok 2010 jsou platné regulační poplatky dle změny z 1.4.2009 ve výši:

- 30 Kč: za občany starší 18 let: u klinických vyšetření, gynekologů, specializované ambulantní péče, klinického psychologa a logopeda, u zubaře, za návštěvní službu, za vydání každého léčivého přípravku, který je plně nebo částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění,

- 60 Kč: za každý den, ve kterém byla poskytnuta ústavní péče, lázeňská péče, dětské ozdravovny a léčebny,
- 90 Kč: za pohotovostní službu.

Dalším cílem bylo umožnit pacientům větší podíl na rozhodování o jejich léčbě. K tomuto cíli směřovalo posílení zákonného postavení pacienta, zavedení doporučených léčebných postupů a postupné zveřejňování ukazatelů kvality poskytované zdravotní péče.

Srovnáme-li změny, které se podařilo prosadit, s původními reformními plány, je zřejmé, že hlavní cíle plánované reformy nebyly zcela naplněny. Určité změny se však podařilo uskutečnit. K těmto změnám patří například nový systém cenové regulace a úhrad léků, zavedení regulačních poplatků, novely zákonů o vzdělávání zdravotníků a zavedení státní podpory tohoto vzdělávání, změna ve financování nemocnic směrem k platbám za skutečně poskytnutou péči, centralizace vysoce specializované péče a další.

3 ANALÝZA HOSPODAŘENÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Třetí kapitola je věnována problematice hospodaření konkrétní zdravotní pojišťovny. Pro účely analýzy hospodaření zdravotní pojišťovny byla vybrána Hutnická zaměstnanecká pojišťovna. V době zadání a zpracování diplomové práce došlo na základě žádosti Hutnické zaměstnanecké pojišťovny (HZP) a České národní zdravotní pojišťovny (ČNZP) k fúzi těchto dvou zdravotních pojišťoven ke dni 1.10.2009. Současně se sloučením změnila HZP svůj název na Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. Sledovaným obdobím pro analýzu hospodaření zdravotní pojišťovny budou léta 2005 – 2008. V této době zdravotní pojišťovna v České republice působila jako Hutnická zaměstnanecká pojišťovna a proto budu pro zjednodušení nadále používat pojem „zdravotní pojišťovna“.

3.1 Charakteristika zdravotní pojišťovny

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna vznikla zápisem do obchodního rejstříku vedeného Krajským soudem v Ostravě dne 1. prosince 1992. Do roku 2009 působila jako jedna z největších regionálních pojišťoven na českém trhu. Původně byla tato zdravotní pojišťovna zřízena převážně pro zaměstnance zakladatelských podniků.

HZP byla zřízena na základě žádosti největších hutnicko – strojírenských podniků severomoravského regionu:

- Vítkovice a. s.,
- Nová Huť a. s.,
- Třinecké Železárny a. s.,
- Železárny a drátovny Bohumín s. p.,
- Válcovny plechu a. s.,
- Hutní montáže Ostrava a. s.

Snaha o zabezpečení zdravotní péče pro své zaměstnance pracující v odvětví těžkého průmyslu a žijící v ekologicky zatíženém regionu vedla výše jmenované podniky k založení Hutnické zaměstnanecké pojišťovny.

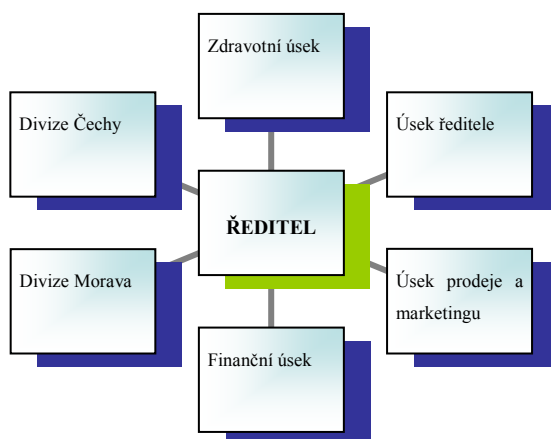
Vznik zdravotní pojišťovny tedy vycházel ze záměru průmyslových podniků podílet se na zabezpečení zdravotní péče svých zaměstnanců. Pojišťovna se podílela na řešení problematiky zdravotního stavu obyvatel v souvislosti s pracovním zatížením v průmyslové sféře a stavem životního prostředí. Realizovala nabídku nadstandardních zdravotních

programů a nabízela svým pojištěncům řadu služeb zdravotní péče nad rámec zákonného zdravotního pojištění.³¹

Pro Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnu bylo typické vyšší zastoupení pojištěnců středního věku ve srovnání se strukturou obyvatelstva ČR, vysoký počet pojištěnců zaměstnaných v podnicích těžkého průmyslu a pracovním prostředím s většími zdravotními riziky.

Realizace vlastních preventivních programů a tradičně velký důraz kladený na využívání kvalitního informačního systému a moderních informačních technologií pro zajištění svých činností a služeb svým pojištěncům zůstává jednou z prioritních os této pojišťovny

Obrázek č. 3.1 Organizační struktura zdravotní pojišťovny



Zdroj: Vlastní zpracování dle údajů z interních materiálů ČPZP

Orgány pojišťovny zabezpečují účast pojištěnců, zaměstnavatelů a státu na řízení a rozhodování o zásadních otázkách týkajících se činnosti pojišťovny. Nejvyšším orgánem zdravotní pojišťovny je **Správní rada**, nejvyšší kontrolní orgán je **Dozorčí rada**, dále **Výbor pro audit**, který je zvláštním orgánem ZP zřízeným v souladu se zákonem

³¹ Hutnická zaměstnanecká pojišťovna [online]. [cit. 5. dubna 2009]. Dostupný z WWW:< <http://www.hzp.cz>>.

č. 93/2009 Sb., o auditorech. Statutárním orgánem je **Ředitel. Rozhodčí orgán**, rozhoduje ve věcech placení pojistného, penále, pokut a přírážek k pojistnému dle § 53 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a projednává přírážky k pojistnému za opakované pracovní úrazy.

Správní rada rozhoduje o zásadních otázkách týkajících se činnosti pojišťovny např.:

- legislativní dopady na činnost pojišťovny,
- preventivní programy pro pojištěnce pojišťovny,
- organizační řád pojišťovny atd.

Dozorčí rada se zabývá zejména:

- výsledky kontrol hospodaření pojišťovny,
- aktuální finanční situací,
- stavem pohledávek za největšími dlužníky.

Struktura a počet pojištěnců zdravotní pojišťovny je pravidelně vyhodnocována k určitému datu. Obvykle se vyhodnocuje čtvrtletně a na konci roku. Vyhodnocení počtů pojištěnců ve čtvrtletí se využívá převážně pro účely přerozdělování pojistného. Přehled pojištěnců je znázorněn v časové řadě v letech 2005 – 2008, kdy se tento počet pohyboval v řádu 350 000.

Tab. č. 3.1 Přehled pojištěnců v letech 2005 – 2008

Rok	Průměrný počet pojištěnců	Meziroční nárůst prům. počtu pojištěnců
2005	339 107	1,7 %
2006	347 289	2,4 %
2007	351 505	1,2 %
2008	360 147	2,4 %

Zdroj: Výroční zprávy HZP z let 2005 – 2008, vlastní zpracování

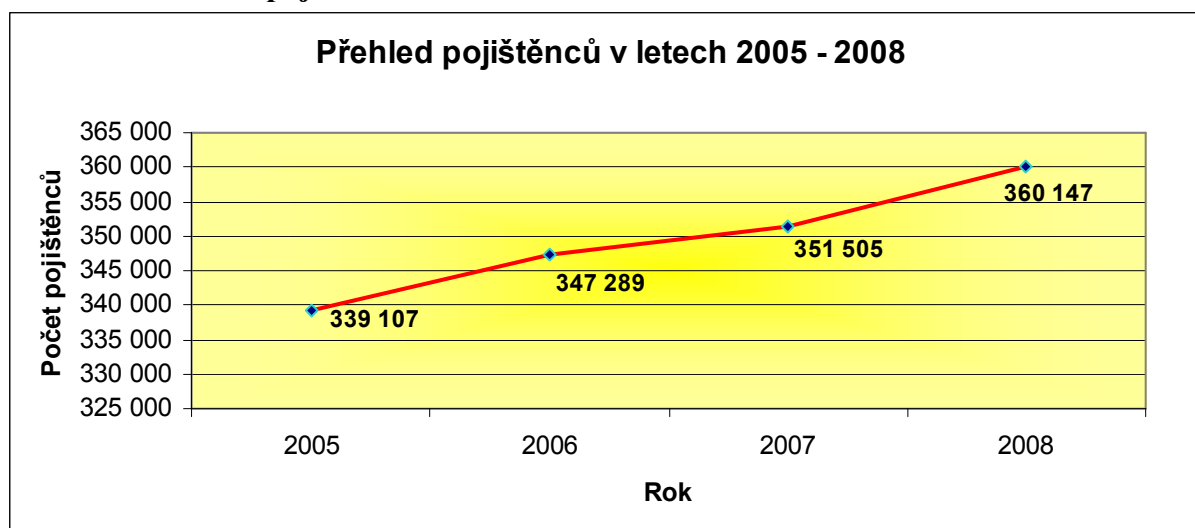
Tabulka č. 3.1 zaznamenává průměrný počet pojištěnců HZP ve sledovaných letech 2005 – 2008. V roce 2006 činil celkový nárůst pojištěnců oproti roku 2005 o 8 182 pojištěnců více a meziroční nárůst průměrného počtu pojištěnců dosáhl hodnoty 2,4 %.

V roce 2007 počet pojištěnců vzrostl oproti předcházejícímu roku téměř o polovinu méně než se předpokládalo ve ZPP na rok 2007 a to pouze o 4 216 a meziroční nárůst dosáhl hodnoty 1,2 %. Dle odhadů HZP se průměrný počet pojištěnců od skutečnosti lišil v důsledku politické situace, která negativně ovlivnila vývoj na trhu zdravotního pojištění a v konečném

důsledku vyústila ve zdrženlivost, obezřetnost a neochotu pojištěnců změnit svou stávající zdravotní pojišťovnu.³²

Rok 2008 se vyznačoval přílivem pojištěnců o 8 642 osob s meziročním nárůstem 2,4 %. HZP ve svém zdravotně pojistném plánu předpokládala celkový nárůst počtu pojištěnců na 361 500. Odhad od skutečnosti se však lišil v důsledku konkurenčního soupeření mezi stávajícími zdravotními pojišťovnami na severní Moravě a nově vzniklou ZP Agel. V případě HZP se v jednotlivých letech setkáváme s rostoucím trendem počtu pojištěnců. Názornější vyjádření průběhu vývoje pojištěnců v letech 2005 – 2008 je zaznamenáno v grafu č. 3.1.

Graf č. 3.1 Přehled pojištěnců v letech 2005 - 2008



Zdroj: Výroční zprávy HZP z let 2005 – 2008, vlastní zpracování

Struktura pojistného kmene je z důvodu vyhodnocování nákladů zdravotní péče členěna dle pohlaví a věku jednotlivých pojištěnců. Z celkového počtu pojištěnců činil podíl mužů 48 % a podíl žen 52 % ve všech sledovaných letech 2005 – 2008.

V tabulce č. 3.2 je znázorněn počet pojištěnců dle jednotlivých věkových skupin. Pro zjednodušení je struktura pojištěnců uvedena pouze podle věkových kategorií pojištěnců.

³² Výroční zpráva HZP za rok 2007

Tab. č. 3.2 Počet pojištěnců v jednotlivých věkových skupinách v letech 2005 – 2008

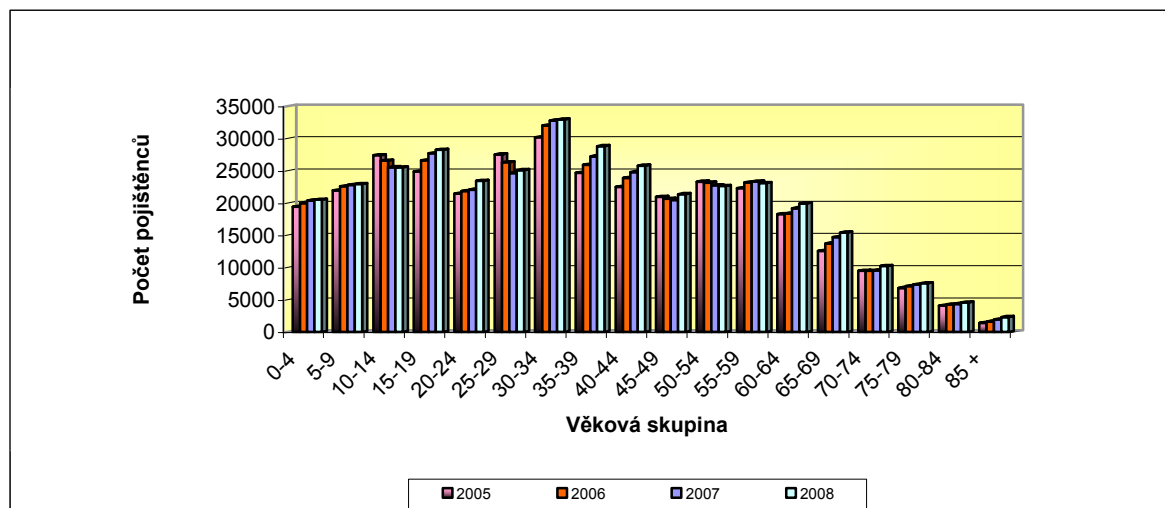
Věková skupina	Rok			
	2005	2006	2007	2008
0 - 4	19 409	19 982	20 376	20 511
5 - 9	21 946	22 593	22 801	22 930
10 - 14	27 412	26 562	25 540	25 513
15 - 19	24 886	26 609	27 685	28 253
20 - 24	21 447	21 849	22 068	23 435
25 - 29	27 524	26 312	24 633	25 091
30 - 34	30 191	32 020	32 787	32 941
35 - 39	24 685	25 921	27 235	28 818
40 - 44	22 479	23 882	24 794	25 789
45 - 49	20 941	20 653	20 477	21 375
50 - 54	23 311	23 161	22 740	22 634
55 - 59	22 285	23 199	23 335	23 082
60 - 64	18 262	18 377	19 183	19 933
65 - 69	12 567	13 727	14 709	15 412
70 - 74	9 493	9 464	9 534	10 208
75 - 79	6 831	7 100	7 340	7 529
80 - 84	4 063	4 268	4 345	4 579
85 +	1 375	1 610	1 923	2 313
Celkem	339 107	347 289	351 505	360 147

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, Zdravotně pojistný plán na rok 2009, vlastní zpracování

Ve věkové struktuře pojištěnců HZP nedošlo ve sledovaných letech 2005 - 2008 k zásadním změnám v žádné ze sledovaných skupin. Nejsilnější skupinou ve všech sledovaných letech byla skupina 30 - 34 let s průměrným počtem 31 985 pojištěnců. Další početné skupiny tvořili pojištěnci ve věku 10 - 14 a 25 - 29 let. Nejméně početnou skupinu naopak tvořila skupina 85 a více let s průměrným počtem 1 805 pojištěnců.

Přestože byla skupina pojištěnců 85+ nejméně početnou skupinou, každoročně zaznamenávala největší procentuelní nárůst, což bylo pravděpodobně způsobeno přirozeným stárnutím populace v České republice. Ve většině sledovaných věkových skupin byly početněji zastoupeny ženy oproti mužům. Tento rozdíl byl patrný převážně ve skupinách 75 a více let, kde počet žen převyšoval počet mužů téměř o 100 %. Údaje z tabulky č. 3.2 jsou pro účely přehlednějšího srovnání převedeny do grafu č. 3.2.

Graf č. 3.2 Počet pojištěnců v jednotlivých věkových skupinách v letech 2005 – 2008



Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, Zdravotně pojistný plán na rok 2009, vlastní zpracování

3.2 Hospodaření HZP v letech 2005 – 2008

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna hospodařila v letech 2005 – 2008 dle stanovených rozpočtů prostřednictvím účetně oddělených fondů. Pojišťovna vytvářela a spravovala v souladu s § 16 odst. 1 a odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb. a schváleným zdravotně pojistným plánem pro oblast zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění tyto fondy:

1. základní fond,
2. rezervní fond,
3. fond prevence,
4. fond specifické zdravotní péče (zdroje tohoto fondu tvořily příspěvky zaměstnavatelů a účelové finanční příspěvky. Vzhledem k absenci těchto zdrojů se HZP rozhodla k 31.12.2006 fond specifické zdravotní péče zrušit. Zůstatek zdrojů fondu specifické zdravotní péče byl převeden do fondu prevence a od roku 2007 jsou aktivity fondu podporující zdravý způsob života a zdraví pojištěnců součástí preventivních programů fondu prevence),
5. provozní fond,
6. sociální fond,
7. fond reprodukce majetku.

Pojišťovna sestavovala a realizovala každoroční rozpočet tak, aby výdaje nebyly vyšší než příjmy v příslušném rozpočtovém roce. Rozdíl mezi příjmy a výdaji se zúčtoval v roční

závěrce vůči rezervnímu fondu. Způsob tvorby a použití fondů byl podrobně vymezen ve vnitřní směrnici pojišťovny Fondu Hutnické zaměstnanecké pojišťovny.³³

3.2.1 Základní fond HZP

Zdroje základního fondu zdravotního pojištění Hutnické zaměstnanecké pojišťovny tvořily zejména předpisy plateb pojistného na veřejné zdravotní pojištění, předpisy zúčtování se zvláštním účtem zdravotního pojištění a předpisy náhrad škod, které HZP uplatňuje v souladu s ustanovením § 55 zákona č. 48/1997 Sb.³⁴ Základní fond zdravotního pojištění byl rozdělen na dílčí fondy podle typu poskytované péče.

Zdroje ZFZP byly po zúčtování přidělů a odvodů do ostatních fondů v letech 2005 – 2008 měsíčně rozdělovány do dílčích fondů základního fondu zdravotního pojištění v procentuální výši:

- Fond hospitalizačních zdravotnických zařízení: 51,04 %
- Fond ambulantních zdravotnických zařízení: 34,03 %
- Fond ambulantní stomatologické péče: 7,97 %
- Fond ostatní zdravotní péče: 5,46 %
- Fond rezervy zdravotní péče: 1,50 %

Příjmy z pojistného na veřejné zdravotní pojištění v letech 2005 - 2008 po přerozdělení určené základnímu fondu zdravotního pojištění odrážely každoročně zvyšující se trend. V tabulce č. 3.3 jsou porovnány tyto příjmy ze zdravotního pojištění a celkové příjmy zdravotní pojišťovny v letech 2005 – 2008. Celkové příjmy byly navýšeny například o příjmy z pokut, penále, z náhrad škod, od zahraničních pojišťoven za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením poskytnutou cizincům na základě mezinárodních smluv.

Tab. č. 3.3 Příjmy ZFZP v letech 2005 – 2008 (v tis. Kč)

Rok	2005	2006	2007	2008
Příjmy z pojistného na veřejné zdravotní pojištění	4 928 203	5 512 286	6 101 213	6 469 876
Příjmy celkem	5 015 000	5 545 970	6 157 145	6 559 740

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

³³ Hutnická zaměstnanecká pojišťovna [online]. [cit. 10. září 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.hzp.cz>

³⁴ Interní materiály HZP

Tabulka č. 3.4 uvádí skutečné příjmy zdravotní pojišťovny. Tvořily je příjmy od zaměstnavatelů, OSVČ, OBZP a ostatní. Příjmy pojistného od zaměstnavatelů tvořily největší část příjmů pojišťovny v průměru 3 948 365 tis. Kč. Také příjmy pojistného od OSVČ se každoročně navyšovaly a průměrně dosahovaly výše 238 831 tis. Kč. Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců byly evidovány pouze v roce 2006 ve výši 491 000 Kč.

Tab. č. 3.4 Příjmy HZP dle rozložení plátců v letech 2005 - 2008 (v tis. Kč)

Plátcí pojistného	Rok			
	2005	2006	2007	2008
Zaměstnavatelé	3 414 127	3 763 127	4 085 827	4 530 386
OSVČ	198 606	218 181	261 498	277 039
Ostatní plátcí (OBZP + případné další platby)	18 248	22 404	26 790	33 010
Neidentifikovatelné platby od různých typů plátců	0	491	0	0
Celkem	3 630 981	4 004 203	4 374 115	4 840 435

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

Mezi výdaje základního fondu zdravotního pojištění v se letech 2005 – 2008 řadily profinancované výkony zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, převody finančních prostředků na účty rezervního a provozního fondu, úhrady závazků vyplývajících z poskytnutí zdravotní péče cizím státním příslušníkům fakturované tuzemskými zdravotnickými zařízeními, úhrady paušálních sazeb za pojištěnce dané zdravotní pojišťovny do ciziny a bankovní a poštovní poplatky. Tabulka č. 3.5 porovnává výdaje na zdravotní péči s celkovými výdaji pojišťovny v letech 2005 – 2008. Na základě porovnání je patrné, že jak výdaje na zdravotní péči, tak celkové výdaje každoročně narůstaly v průměru o 2,8 mld Kč.

Tab. č. 3.5 Výdaje ZFZP v letech 2005 – 2008 (v tis. Kč)

Rok	2005	2006	2007	2008
Výdaje na zdravotní péči	4 752 268	5 128 295	5 267 935	5 548 466
Výdaje celkem	5 022 115	5 349 157	5 526 591	5 896 701

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

Zvyšování nákladů na zdravotní péči souviselo s nárůstem počtu pojištěnců a samozřejmě se výše nákladů odrážela na neustálém zvyšování nákladů na jednoho pojištěnce. Růst výdajů na zdravotní péči mohl být způsoben tím, že pojištěnci více navštěvovali zdravotnická zařízení a měli více zdravotních problémů. Rovněž se dá předpokládat, že stoupá úrazovost, počet civilizačních chorob a nové léčebné metody

jsou stále nákladnější. Poměr průměrných nákladů na zdravotní péči vůči průměrným nákladům na jednoho pojištěnce je zaznamenán v tabulce č. 3.6.

Tab.č. 3.6 Náklady na zdravotní péči v letech 2005 – 2008

Rok	Průměrné náklady	Průměrný počet pojištěnců	Průměrné náklady na jednoho pojištěnce
2005	4 727 777 tis. Kč	339 107	13 942 Kč
2006	4 997 524 tis. Kč	347 289	14 390 Kč
2007	5 443 810 tis. Kč	351 505	15 487 Kč
2008	5 577 357 tis. Kč	360 147	15 486 Kč

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

Náklady na zdravotní péči jsou konkrétněji tvořeny dle jednotlivých segmentů, které jsou detailněji rozebrány v tabulce č. 3.7.

Tab. č. 3.7 Náklady na zdravotní péči dle segmentů v období 2005 – 2007 (v tis. Kč)

Náklady dle segmentů	Rok			
	2005	2006	2007	2008
Ambulantní péče	1 224 509	1 380 186	1 457 749	1 605 150
Ústavní péče	2 065 558	2 306 178	2 645 062	2 641 601
Lázeňská péče	114 628	107 795	113 953	107 221
Péče v ozdravovnách	1 773	2 005	1 281	704
Doprava	25 733	22 693	23 738	28 451
Zdravotnická záchranná služba	24 355	28 645	30 739	35 088
Léky vydané na recept	1 138 559	1 009 017	1 009 106	977 401
Zdravotnické prostředky vydané na poukazy	131 002	136 817	156 311	174 742
Léčení v zahraničí	1 236	3 790	4 996	6 123
Ostatní	424	398	875	876
Celkové náklady	4 727 777	4 997 524	5 443 810	5 577 357

Zdroj: Výroční zprávy HZP z let 2005 – 2008, vlastní zpracování

Celkové náklady na zdravotní péči se každoročně navyšovaly. Nejvyšší náklady byly na ústavní péči a to v průměru 2 414 599 tis. Kč za sledované období. Růst nákladů v tomto segmentu odpovídal nárůstu počtu pojištěnců HZP a smluvních zdravotnických zařízení, zejména v primární zdravotní péči. Další nákladnou skupinu tvořila ambulantní péče a náklady na léky vydané na recept. V porovnání s rokem 2005 snížila pojišťovna v roce 2006 náklady na lázeňskou péči o 6 833 tis. Kč.

Z tabulky je rovněž patrné snížení některých nákladů v roce 2008, což bylo zapříčiněno reformou zdravotnictví, která vstoupila v platnost 1.1.2008. V souvislosti se zavedením regulačních poplatků se např. výdaj na léky vydané na recept rapidně snížil

na 977 401 tis. Kč a poprvé tak nepřekročil 1 mld. Kč a nepokračoval v dlouhodobém trendu. Náklady na ambulantní péči byly oproti nákladům plánovaným ve zdravotně pojistném plánu pojišťovny nižší o 4,5 %. Jednou z hlavních příčin bylo opět zavedení poplatků a doplatků do systému veřejného zdravotního pojištění a s tím spojené nižší čerpání zdravotní péče.

V porovnání se zdravotně pojistným plánem na rok 2008, kde se odhadovaly náklady na léky vydané na recepty ve výši 1,2 mld. Kč byla jejich výše na konci roku nižší o 12,2 % (u praktických lékařů o 17,8 %, u ambulantních specialistů 3,7 %) a náklady na léky předepsané v lůžkových zdravotnických zařízeních byly nižší o 17,6 % než se původně předpokládalo. V absolutním vyjádření tato úspora činila 136 088 tis. Kč v porovnání se zdravotně pojistným plánem na rok 2008.³⁵

Ve snaze zamezit vzestupnému trendu nákladů na léčivé přípravky, zdravotnické prostředky, lázeňskou péči a další segmenty zdravotní péče prováděla Hutnická zaměstnanecká pojišťovna každý rok kontrolní a revizní činnost ve zdravotnických zařízeních na základě ustanovení § 42 zákona č. 48/1997 Sb. a v souladu s právními předpisy upravujícími veřejné zdravotní pojištění a vnitřními předpisy HZP.

Cílem pojišťovny bylo především sjednotit veškerou kontrolní činnost a revizní postupy vůči všem smluvním zdravotnickým zařízením. Náplň kontrolních návštěv ve zdravotnických zařízeních spočívala v posouzení objemu a kvality zdravotní péče, odůvodněnosti léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky.

Revizní lékaři kontrolovali, zda poskytnutá péče odpovídala zdravotnímu stavu pojištěnce a péči vyúčtované zdravotní pojišťovně v porovnání se zdravotní dokumentací a zda byly vyúčtovány pouze ty výkony, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit.

HZP zaměstnávala ve sledovaném období 16 - 17 revizních lékařů v hlavním či souběžném pracovním poměru a dále revizní činnost provádělo 6 revizních lékařů na základě dohody o pracovní činnosti. Revizní lékaři prováděli kontrolní a revizní činnost dle předem stanovených plánů kontrol na jednotlivá čtvrtletí. Tabulka č. 3.8 uvádí celkový počet revizních kontrol a vyčísluje revizní nálezy ve sledovaném období 2005 – 2008.

³⁵ Výroční zpráva HZP za rok 2008

Tab. č. 3.8 Revizní kontrola zdravotnických zařízení v letech 2005 - 2008

Rok	Počet kontrol ve zdrav. zařízeních	Revizní nálezy	Průměr na jednu kontrolu
2005	300	8 696 000 Kč	28 987 Kč
2006	274	9 624 000 Kč	35 000 Kč
2007	196	2 518 000 Kč	12 000 Kč
2008	397	3 714 000 Kč	9 000 Kč

Zdroj: Výroční zprávy HZP z let 2005 – 2008, vlastní zpracování

Zjištěné chyby revizními lékaři ve zdravotnických zařízeních se v jednotlivých sledovaných letech týkaly například nepovolené kombinace výkonů, metodických chyb a překračovaných frekvencí výkonů, nedostatečně průkazně vedené zdravotní dokumentace pojištěnců v souvislosti s vykazovanou zdravotní péčí atd. Počet kontrol ve zdravotnických zařízeních se každoročně zvyšoval a revizní nálezy, které se pohybovaly v řádech milionu korun od roku 2007 klesly.

Podstatná část kontrolní činnosti ve druhé polovině roku 2007 byla, v souvislosti s výběrovým řízením na lůžkovou péči, zaměřena na kontrolu zdravotnických zařízení poskytujících ústavní péči, především z pohledu jejich personálního zajištění, přístrojového vybavení, pasportizace výkonů,³⁶ priorit zdravotnických zařízení, platnosti registrace atd.

Závazky a pohledávky zdravotní pojišťovně vznikaly z důvodu opoždování plateb vůči příslušným subjektům. Závazky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti zahrnovaly ve sledovaných letech závazky za zdravotní péči vykázanou za období dvanáctého měsíce kalendářního roku, které byly pojišťovnou zpracovány a propláceny dle splatnosti v prvním měsíci následujícího kalendářního roku. Ostatní závazky ve lhůtě splatnosti tvořily běžné závazky z oblasti provozní režie a zdaňované činnosti zdravotní pojišťovny.

Pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti tvořily pohledávky z výběru pojistného za dvanáctý měsíc kalendářního roku, které byly pro pojišťovnu příjmem v prvním měsíci následujícího roku. Pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti tvořily pohledávky z dlužného pojistného, vyměřeného penále a přírážky k pojistnému. Pohledávky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti představovaly převážně zálohové platby na úhradu zdravotní péče, pohledávky z revizí a uplatněných regulací. Ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti byly zejména pohledávky z oblasti provozní režie a zdaňované činnosti

³⁶ Pasportizací výkonů se rozumí kódové označení zdravotních výkonů.

a ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti tvořily dlužné pohledávky za náhradami škod. V tabulce č. 3.9 je rozepsán výčet závazků a pohledávek v letech 2005 – 2008.

Tab. č. 3.9 Přehled závazků a pohledávek HZP v letech 2005 – 2008 (v tis. Kč)

	Rok	2005	2006	2007	2008
ZÁVAZKY	vůči zdrav. zařízením ve lhůtě splatnosti	415 208	413 599	481 202	500 215
	vůči zdrav. zařízením po lhůtě splatnosti	0	0	0	0
	ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	9 760	9 704	12 847	21 916
	ostatní závazky po lhůtě splatnosti	0	0	0	0
	Závazky CELKEM	424 968	423 303	494 049	522 131
POHLEDÁVKY	pohledávky za plátcí ve lhůtě splatnosti	356 786	408 107	395 837	455 599
	pohledávky za plátcí po lhůtě splatnosti	530 178	633 290	691 397	820 907
	pohledávky za zdrav. zařízeními ve lhůtě splatnosti	130 725	261 416	235 423	233 069
	pohledávky za zdrav. zařízeními po lhůtě splatnosti	0	0	0	0
	ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	12 048	8 699	7 621	7 323
	ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	7 354	7 649	7 415	10 903
	Pohledávky CELKEM	1 037 091	1 319 161	1 337 693	1 527 801

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

V roce 2005 činil celkový stav závazků 424 968 tis. Kč. Nejvyšší počet pohledávek měla pojišťovna za plátcí po lhůtě splatnosti ve výši 530 178 tis. Kč. V tomto roce se HZP připojila k projektu postoupení části pohledávek zdravotních pojišťoven za plátcí pojistného na veřejné zdravotní pojištění po lhůtě splatnosti, na jejichž majetek byl prohlášen konkurz nebo bylo povoleno vyrovnání, na Českou konsolidační agenturu.³⁷

Celkový stav závazků ve lhůtě splatnosti se v roce 2006 oproti konečnému stavu z předcházejícího roku snížil o 1 665 tis. Kč. Pokles lze zdůvodnit rozdílnými podmínkami při realizaci úhrad zdravotní péče v závěru jednotlivých let a nižším objemem vykázané zdravotní péče za prosinec roku 2006 ve srovnání se stejným obdobím roku 2005. Pohledávky

³⁷ Výroční zpráva HZP za rok 2005

za plátci po lhůtě splatnosti tvořily nejvyšší kolonku i v tomto sledovaném roce ve výši 633 290 tis. Kč, což bylo o 103 112 tis. Kč více než v roce 2005.

Konečný stav pohledávek byl ovlivněn skutečností, že usnesením Vlády ČR ze 7.7.2005 byla zdravotním pojišťovnám mimořádně dána možnost postoupit pohledávky po lhůtě splatnosti za plátce pojistného na Českou konsolidační agenturu, kde HZP postoupila pohledávky ve výši 79 093 tis. Kč.

Naopak tomu bylo v roce 2007, kdy se celkový stav závazků zvýšil o 70 746 tis. Kč, tedy téměř o necelých 15 %. Tento vysoký nárůst objemu závazků byl ovlivněn částečně nárůstem počtu smluvních zdravotnických zařízení a částečně výši nasmlouvaných úhrad za zdravotní péči vykázanou zdravotnickými zařízeními. Objem pohledávek za plátci po lhůtě splatnosti nezaznamenal takový nárůst jako v jiných letech.

V roce 2008 celkový stav závazků opět rostl a oproti roku 2007 se zvýšil o 28 082 tis. Kč. Pojišťovna evidovala nárůst pohledávek za plátci po lhůtě splatnosti o 129 510 tis. Kč oproti roku 2007. Nárůst objemu pohledávek po lhůtě splatnosti byl nejvyšší zejména u kategorie plátců pojistného OBZP jednak z důvodu nezlepšující se platební morálky, dále pak v důsledku systematického vyhledávání nekrytého pojistného období u fyzických osob v evidenci HZP. Vývoj pohledávek za plátci veřejného zdravotního pojištění po lhůtě splatnosti je znázorněn v příloze č. 1.

3.2.2 Rezervní fond

Zdroje rezervního fondu Hutnické zaměstnanecké pojišťovny byly určeny k doplnění základního fondu zdravotního pojištění, a to ke krytí výkyvů v čerpání základního fondu zdravotního pojištění v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof.

Zdroje tohoto fondu byly vytvářeny dle vyhlášky č. 418/2003 Sb. a dle právního předpisu ve výši 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

Na běžném účtu rezervního fondu bylo dosaženo ke dni 7.2.2006 limitovaného stavu finančních prostředků, kdy HZP převedla částku převyšující zákonnou výši rezervního fondu

do základního fondu zdravotního pojištění.³⁸ Celkové příjmy a výdaje rezervního fondu jsou rozepsány v tabulce č. 3.10 a podrobněji vyčísleny v příloze č. 4.

Tab. č. 3.10 Příjmy a výdaje Rezervního fondu za období 2005 – 2008 (v tis. Kč)

Rok	2005	2006	2007	2008
Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	60 236	64 666	69 832	74 683
Příjmy celkem	6 077	5 170	4 853	4 228
Převod z běžného účtu ZFZP	4 985	4 003	2 578	1 734
Úroky z běžného účtu	1 090	1 167	2 275	2 494
Výdaje celkem	1 673	4	2	2
Příděl z běžného účtu RF na běžný účet ZFZP	1 671	2	0	0
Poplatky za vedení běžného účtu	2	2	2	2
Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	64 677	69 832	74 683	78 909

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

3.2.3 Fond prevence

Zdravotní pojišťovna v letech 2005 – 2006 vytvářela a spravovala fond prevence k úhradám zdravotní péče poskytované svým pojištěncům nad rámec zákonného pojištění. Nabídka preventivních programů respektovala základní hlediska, kterými byly zdravotně preventivní efekty jednotlivých programů na příslušné skupiny pojištěnců. Objem finančních prostředků fondu prevence určených na realizaci preventivních programů včetně náplně preventivních programů schvalovala každoročně Správní rada HZP. Skladba preventivních programů na jednotlivá období se každý rok vyvíjela v závislosti na aktuálních potřebách pojištěnců a případných legislativních změnách v oblasti čerpání fondu prevence .

Kategorie preventivních programů pro pojištěnce HZP zahrnovala cílené programy na zlepšování zdravotního stavu pojištěnců, kteří trpěli chronickými onemocněními. Jelikož podstatná část pojištěnců HZP žila v průmyslově zatíženém životním prostředí, zaměřovala se pojišťovna na preventivní programy v oblasti:

- rehabilitačně rekondičních preventivních programů:
 - ozdravně léčebné pobyty,
 - preventivní program rekondiční a rehabilitační péče pro zaměstnance,

³⁸ Výroční zpráva HZP za rok 2005

- preventivní program pro těhotné ženy,
- preventivních programů podporujících zdravý způsob života,
- preventivních programů proti vzniku závažných onemocnění:
 - preventivní očkování pro děti (hepatitida typu A, B, AB, klíšťová encefalitida, chřipka, meningitida),
 - preventivní péče o chrup, preventivní péče o zrak,
 - vitaminy na posílení imunity dětí, homeopatika,
 - preventivní prohlídky pro studenty (realizováno v roce 2006 pro studenty od 19 - 26 let),
 - antikoncepce (pouze do roku 2005 poskytovala HZP příspěvek ve výši 500 Kč na hormonální perorální a injekční antikoncepci a nitroděložní antikoncepci ženám ve věku od 15 do 35 let věku),
 - hormonální substituční terapie,
- programy pro dárce krve, plasmy a kostní dřeně.

Náklady na preventivní zdravotní péči FP 2005 – 2008 jsou vyčísleny v tabulce č. 3.11.

Tab. č. 3.11 Náklady na preventivní zdrav. péči Fondu prevence 2005 – 2008 (v tis.Kč)

Rok	2005	2006	2007	2008
Náklady na zdravotní programy	44 834	24 896	34 843	155 892
Rehabilitačně rekondiční programy	3 679	4 506	4 870	11 064
Programy podporující zdravý způsob života	10 598	10 145	18 762	124 910
Programy proti vzniku závažných onemocnění	29 188	9 412	10 252	18 492
Programy pro dárce krve, plasmy a kostní dřeně	1 369	833	959	1 426
Náklady na ozdravné pobyty	3 065	3 964	1 707	1 749
Ostatní činnosti (dodatečně schválené SR HZP)	0	41	400	2 883
Celkové náklady na preventivní zdravotní péči	47 899	28 901	36 950	160 524

Výroční zprávy HZP 2005,2006, Zdravotně pojistný plán 2007-2009, vlastní zpracování

V letech 2005 - 2008 byly do nabídky preventivních programů zařazeny především programy orientující se na výběr aktivit pro děti a mládež do 18 let věku. Výše celkového příspěvku na preventivní programy pro děti a mládež přímo závisela na příslušnosti rodičů dětí k HZP. V případě pojištění obou rodičů u HZP, výše příspěvku na dítě dosahovala 1000 – 1500 Kč za rok. V jiných případech mělo dítě nárok na příspěvek 500 Kč za rok. Tyto příspěvky mohly být využity na libovolný preventivní program pro děti a mládež dle uvážení rodičů.

V průběhu roku 2006 Správní rada HZP schválila nový preventivní program, příspěvek do výše 1500 Kč na očkování vakcínou Prevenar proti invazivním pneumokokovým onemocněním pro děti od 2 měsíců do 5 let věku.

K 31.12.2006 byl zrušen Fond specifické zdravotní péče a finanční prostředky z něj byly převedeny do fondu prevence. Od roku 2007 byly aktivity fondu podporující zdravý způsob života a zdraví pojištěnců součástí preventivních programů fondu prevence, což jednoznačně navýšilo zdroje fondu prevence v dalších sledovaných letech.

Zdravotní pojišťovna začala v roce 2007 realizovat projekt Zdraví, kterým aktivně přispívala k postupnému zlepšování zdravotního stavu svých pojištěnců. HZP tímto projektem komplexně řešila problematiku zdravotní prevence a podpory zdraví v regionu působnosti. V rámci projektu pojišťovna realizovala programy podpory zdraví pro veřejnost a organizovala programy specifické zdravotní péče přímo ve vybraných podnicích.

V roce 2008 pojišťovna vykazovala téměř čtyřnásobné navýšení nákladů na preventivní zdravotní péči než v předchozích letech ve výši 160 524 tis. Kč. Tato skutečnost byla důsledkem vyostření konkurenčního boje mezi zdravotními pojišťovnami, zvýšené medializace problematiky týkající se preventivních programů nabízených zdravotními pojišťovnami a podstatného navýšení počtu nově registrovaných pojištěnců. V roce 2008 vznikla zdravotní pojišťovna Agel a v rámci udržení svých pojištěnců HZP navyšovala příspěvky ve svých balíčcích preventivních programů. Souhrn všech příjmů a výdajů fondu prevence ve sledovaných letech je znázorněn v příloze č. 5.

3.2.4 Provozní fond

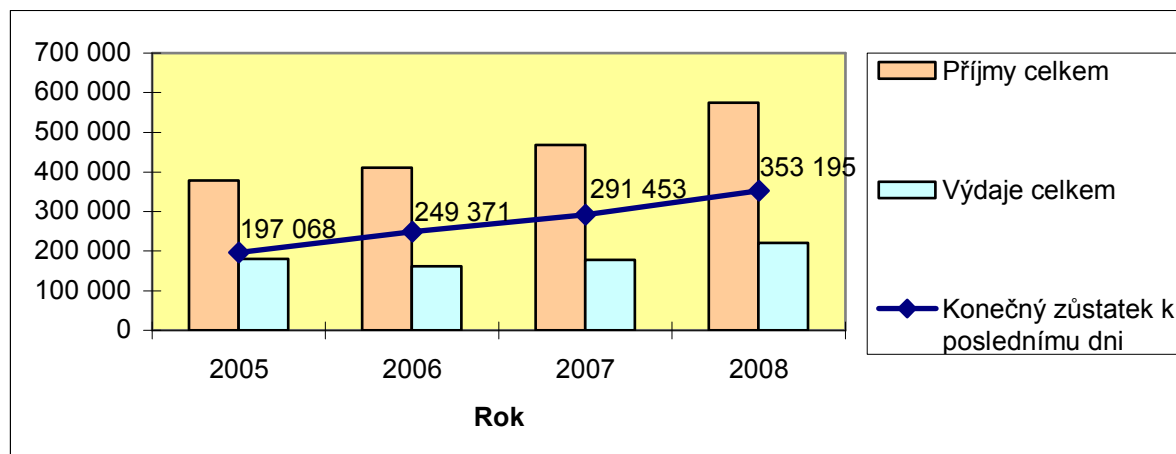
Příděl ze základního fondu zdravotního pojištění se pravidelně měsíčně převáděl dle skutečných příjmů a průměrného počtu pojištěnců do provozního fondu. Zůstatek provozního fondu vykazovaný při roční účetní závěrce se v závislosti na výsledku hospodaření pojišťovny ponechával v provozním fondu, nebo se převáděl zpět do základního fondu zdravotního pojištění.

V případě zvýšené potřeby čerpání finančních prostředků v souvislosti s provozní činností mohla Hutnická zaměstnanecká pojišťovna využít již v minulosti vytvořené zdroje. Pohyb příjmů a výdajů provozního fondu je zaznamenán v tabulce č. 3.12 a převeden pro lepší srovnání do grafu č. 3.3.

Tab.č. 3.12 Příjmy a výdaje Provozního fondu v letech 2005 – 2008 (v tis. Kč)

Rok	2005	2006	2007	2008
Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	169 345	196 457	248 618	290 991
Příjmy celkem	208 707	214 671	220 369	283 512
Výdaje celkem	180 984	161 757	177 534	221 308
Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	197 068	249 371	291 453	353 195

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

Graf č. 3.3 Příjmy a výdaje Provozního fondu v letech 2005 – 2008 (v tis. Kč)

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

Příjmy provozního fondu tvořily zejména převody finančních prostředků z bankovních účtů základního fondu zdravotního pojištění dle předpisu přidělů na provozní činnost a ve sledovaném období měly rostoucí tendenci.

Výdaje provozního fondu činily provozní výdaje na veřejné zdravotní pojištění, převody finančních prostředků na bankovní účet fondu reprodukce majetku ve výši odpisů veškerého dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku včetně zůstatkové ceny prodaného majetku, převody ve výši kladného rozdílu mezi prodejní a zůstatkovou cenou prodaného majetku a převody finančních prostředků na bankovní účet sociálního fondu. V roce 2005 byly výdaje provozního fondu mimořádně vyšší než v následujícím roce jelikož bylo do nákladů provozního fondu zahrnuto vyrovnání závazku z ručitelského prohlášení převzatého v souvislosti se sloučením HZP a ZPP ATLAS ve výši 13 027 tis. Kč. V příloze č. 6 jsou podrobně vymezeny veškeré zdroje provozního fondu v letech 2005 – 2008.

3.2.5 Sociální fond

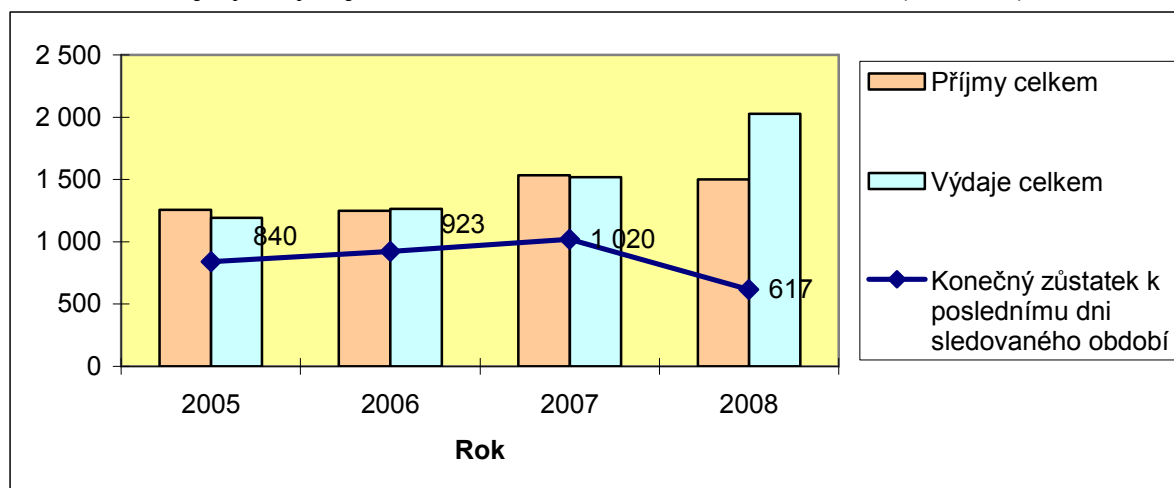
Zdroje sociálního fondu tvořily přidělem vytvářené finanční prostředky z provozního fondu ve výši 2 % ročního objemu mzdových nákladů zúčtovaných s provozním fondem. Tyto zdroje se využívaly k financování sociálních potřeb zaměstnanců HZP, kteří byli se zdravotní pojišťovnou v pracovněprávním poměru. Tabulka č. 2.15 zachycuje příjmy a výdaje na tomto fondu v letech 2005 – 2008. Pro přehlednější srovnání příjmů a výdajů je tab. 3.13 převedena do grafu č. 3.4.

Tab.č. 3.13 Příjmy a výdaje Sociálního fondu v letech 2005 – 2008 (v tis. Kč)

Rok	2005	2006	2007	2008
Počáteční zůstatek k 1.1. ve sledovaném období	777	937	1 005	1 142
Příjmy celkem	1 256	1 250	1 5343	1 501
Výdaje celkem	1 193	1 264	1 519	2 026
Konečný zůstatek k poslednímu dni sledovaného období	840	923	1 020	617

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

Graf č. 3.4 Příjmy a výdaje Sociálního fondu v letech 2005 – 2008 (v tis. Kč)



Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

Výše příspěvků pro jednotlivé účely a zásady jejich čerpání byly každoročně stanoveny Kolektivní smlouvou HZP. Nejčastěji čerpané prostředky byly na pracovní a životní jubilea, odchody do důchodu, sociální výpomoc, léčebně preventivní péči, kulturní akce, odměny dárcům krve. Každoročně nejvyšší položkou tohoto fondu bylo čerpání příspěvku na stravování v řádu milionu Kč. Saldo bylo tvořeno rozdílem mezi příjmy a výdaji a nevyčerpané prostředky sociálního fondu se převáděly do dalších let. Výčet jednotlivých položek příjmů a výdajů je uveden v příloze č. 7.

4 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ HOSPODAŘENÍ, NÁVRHY OPATŘENÍ

V následující kapitole budou rozebrány a vyhodnoceny jednotlivé zkoumané části hospodaření HZP v letech 2005 – 2008.

4.1 Vyhodnocení struktury pojištěnců HZP

Počet pojištěnců ve sledovaných letech měl rostoucí tendenci. S průměrným počtem 350 000 pojištěnců působila Hutnická zaměstnanecká pojišťovna jako jedna z největších regionálních zdravotních pojišťoven v České republice. V roce 2005 rozšířila své působení do oblasti střední, východní a jižní Moravy a dále nově i na Vysočinu.

Cílovou skupinu pojištěnců, na které se HZP ve všech sledovaných letech orientovala z hlediska marketingových aktivit představovala rodina. HZP upřednostňovala především registraci celé rodiny. Motivací byl vyšší příspěvek na děti jejichž rodiče byli pojištěni u této pojišťovny.

Nejpočetněji zastoupenou kategorií pojištěnců tvořily ve všech letech 2005 – 2008 osoby, za něž je plátcem pojistného stát, které se na průměrném počtu pojištěnců podílely ze 61 %. Výčet pojištěnců, za které je plátcem stát je uveden v tabulce č. 4.1.

Tab. č. 4.1 Státní pojištěnci 2005 – 2008

Rok	2005	2006	2007	2008
Celkový počet pojištěnců	343 165	349 214	352 859	362 615
z toho: státem hrazení	208 892	211 354	210 150	213 054
Průměrný počet pojištěnců	339 107	347 289	351 505	360 147
z toho: státem hrazení	207 372	211 447	211 731	212 373

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

Ve věkové struktuře pojištěnců nedošlo ve sledovaných letech k zásadním změnám. Největší procentuální nárůst byl ve věkové skupině 85+ let, i když je tato skupina nejméně početná. Zajímavé je zjištění, že z celkového počtu pojištěnců byl podíl žen (52 %) vyšší než mužů (48 %) ve všech sledovaných letech a počet žen přesahoval počet mužů ve skupině 75 a více let téměř o 100%, což naznačuje, že ženy se v české populaci dožívají vyššího věku než muži. Zásadní vliv na zastoupení v jednotlivých věkových skupinách mělo postupné stárnutí pojistného kmene a nabídka aktivit fondu prevence, která tvořila hlavní akviziční potenciál pojišťovny.

4.2 Vyhodnocení výdajů na zdravotní péči HZP

Výdaje na zdravotní péči se v letech 2005 – 2008 pohybovaly v průměru 5 186 617 tis. Kč s každoročním nárůstem v průměru o 2,8 mld. Kč. Nejvyšší položku ve všech sledovaných letech tvořily náklady na ústavní péči v průměru 2,4 mld. Kč a náklady na ambulantní péči v průměru 1,4 mld. Kč ročně. Náklady na preventivní zdravotní péči fondu prevence se v letech 2005 – 2007 pohybovaly kolem 38 milionů Kč. V roce 2008 vstoupila na český trh ZP Agel a svou vysoce akviziční zdravotní politikou nepřímou nutila zdravotní pojišťovny navyšovat a vyplácet příspěvky ze svých balíčků preventivních programů v rámci udržení stávajících pojištěnců, což vedlo k nárůstu nákladů na preventivní zdravotní péči HZP na 160 524 tis. Kč. Na druhou stranu zavedení reformy systému veřejného zdravotního pojištění v témže roce přineslo snížení nákladů na léky vydané na recept v důsledku regulačních poplatků o 3,14 % oproti předešlému roku 2007.

Pro představu o čerpání zdravotní péče jsou v tabulce č. 4.2 uvedeny celkové výdaje na zdravotní péči v interakci s průměrnými denními výdaji a ročními výdaji na pojištěnce.

Tabulka č. 4.2 Celkové výdaje na zdravotní péči v letech 2005 - 2008

Rok	Výdaje na zdravotní péči (v tis. Kč)	Průměrný denní výdaj (v tis. Kč)	Průměrné výdaje za jednoho pojištěnce (v Kč)
2005	4 754 705	13 027	14 021
2006	5 130 432	14 056	14 772
2007	5 270 133	14 439	14 993
2008	5 550 506	15 165	15 412

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

Výdaje na zdravotní péči ve sledovaných letech kopírovaly rostoucí trend. Průměrné denní výdaje za veškerou hrazenou péči ze zdravotního pojištění se pohybovaly ve výši 14 171 tis. Kč.

Průměrné roční přepočtené výdaje na jednoho pojištěnce byly 14 800 Kč. Tyto výdaje se však poměřují vůči všem pojištěncům bez ohledu na četnost čerpání zdravotní péče, přičemž reálně je zdravotní péče čerpána nerovnoměrně.

4.3 Vyhodnocení celkových příjmů a výdajů ZFZP v letech 2005 - 2008

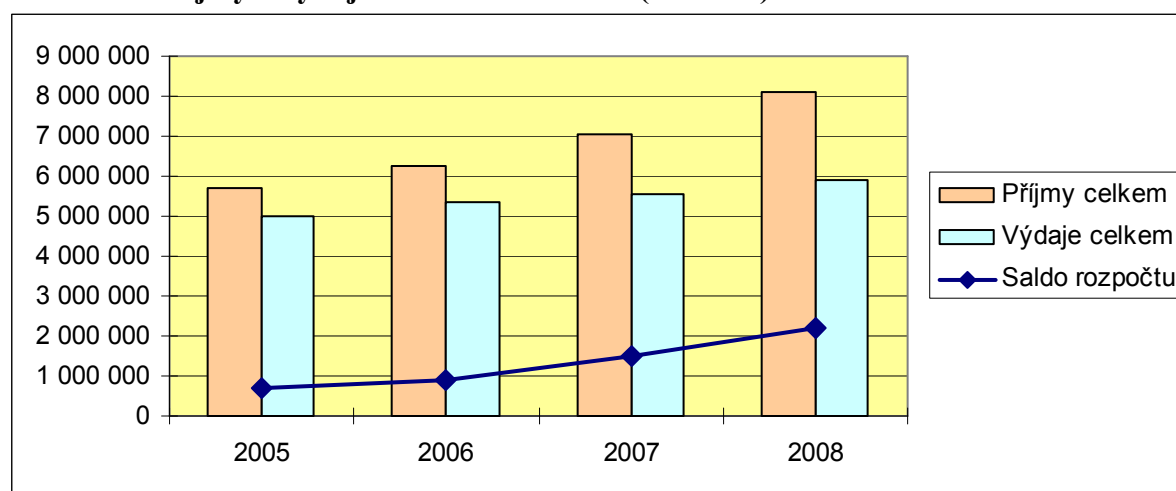
Celkové příjmy a výdaje základního fondu zdravotního pojištění ve sledovaném období 2005 – 2008 jsou uvedeny v tabulce č. 4.3 a zobrazeny v grafu č. 4.1.

Tab. č. 4.3 Celkové příjmy a výdaje ZFZP 2005 – 2008 (v tis. Kč)

Rok	2005	2006	2007	2008
Příjmy celkem	5 715 677	6 235 762	7 042 354	8 078 778
Výdaje celkem	5 022 115	5 349 157	5 526 591	5 896 701
Saldo rozpočtu	693 562	886 605	1 515 763	2 182 077

Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

Graf č. 4.1 Příjmy a výdaje ZFZP 2005 – 2008 (v tis. Kč)



Zdroj: Výroční zprávy HZP 2005 – 2008, vlastní zpracování

Celkové příjmy ZFZP v letech 2005 – 2008 tvořily především příjmy z plateb pojistného na veřejné zdravotní pojištění, příjmy z přerozdělování pojistného na zvláštním účtu zdravotního pojištění, příjmy z pokut, penále, z náhrad škod, od zahraničních pojišťoven za uhrazenou zdravotní péči zdravotnickým zařízením poskytnutou cizincům na základě mezinárodních smluv. Příjmy za paušální platby na cizí pojišťovny od zahraniční pojišťovny a převody z finančních prostředků z výsledků hospodaření z předcházejícího roku.

Další příjmy plynuly HZP z přirážek k pojistnému, vyměřených vždy k 31.12. příslušných sledovaných let. Saldo tvořené rozdílem mezi příjmy a výdaji bylo ve všech sledovaných letech kladné s rostoucí tendencí. Každoroční nárůst počtu pojištěnců se podílel na růstu příjmů plateb z pojistného.

Náklady na poskytovanou zdravotní péči se rovněž navyšovaly, avšak v žádném roce nepřekročily příjmy z pojistného na ZFZP. Jednotlivé příjmy a výdaje ZFZP jsou podrobně vyčísleny v příloze č. 3

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna v průběhu všech sledovaných let plnila své závazky týkající se vykazovaných výkonů zdravotní péče v termínu splatnosti. Pojišťovna tedy hospodařila v dlouhodobém horizontu bez závazků po lhůtě splatnosti a výše závazků odpovídala výši úhrad, k nimž byla HZP povinována z titulu uzavřených smluvních vztahů s jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Rovněž pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti pojišťovna neevidovala.

4.4 Závěrečné zhodnocení hospodaření pojišťovny a návrhy opatření

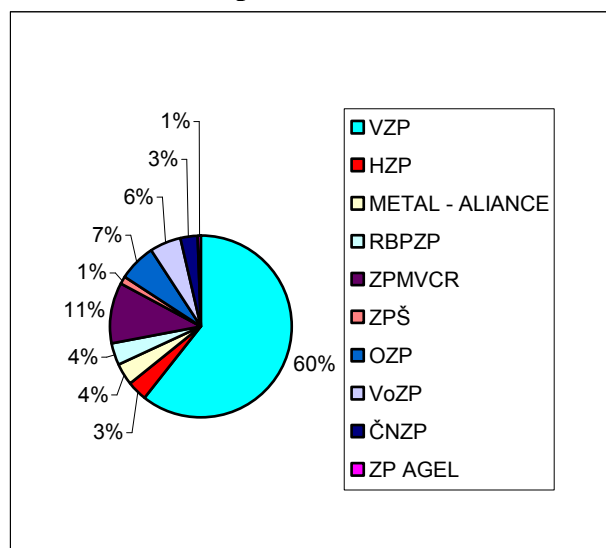
Základním strategickým cílem HZP ve všech sledovaných letech bylo udržení celkově vyrovnané hospodářské bilance s prostředky veřejného zdravotního pojištění a vyváženost příjmů a výdajů při zachování platební schopnosti pojišťovny. Své závazky plnila HZP v průběhu celého roku vždy ve lhůtě splatnosti a k poslednímu dni sledovaných let neevidovala žádné závazky po lhůtě splatnosti. Zdravotní pojišťovna pružně reagovala na změny systému veřejného zdravotního pojištění s přihlédnutím k nabídce programů preventivní péče.

Z analýzy hospodaření HZP na jednotlivých fondech během let 2005 - 2008 vyplývá, že bankovní účet základního fondu vykazoval vždy kladný zůstatek a finanční prostředky uložené na běžných účtech ZFZP byly dostačující také na pokrytí předepsaného přírůstu do provozního fondu. U základního fondu zdravotního pojištění nedošlo k zásadně velkým změnám jak na příjmové, tak na výdajové stránce. Ve všech sledovaných letech příjmy přesahovaly výdaje. Saldo bylo tvořeno rozdílem mezi příjmy a výdaji a ve všech sledovaných letech kladné s rostoucí tendencí. Každoroční nárůst počtu pojištěnců v průměru o 2,6 % se podílel na růstu příjmů plateb z pojistného. Kladný zůstatek byl vykazován taktéž na rezervním fondu, jehož zdroje byly určeny k doplnění základního fondu zdravotního pojištění v případě nutnosti krytí výkyvů v čerpání ZFZP. Nejvyšší náklady fondu prevence byly ve výši 160 524 tis. v roce 2008 v důsledku navyšování a vyplácení příspěvků v rámci balíčků preventivní péče. Část finančních prostředků z fondu prevence je možné i nadále využívat k rozšíření nabídky preventivních programů.

Dle provedeného zkoumání hospodaření v letech 2005 – 2008 hodnotím hospodaření jako vyrovnané a zdravotní pojišťovna se nepotýkala s žádnými výkyvy v hospodaření.

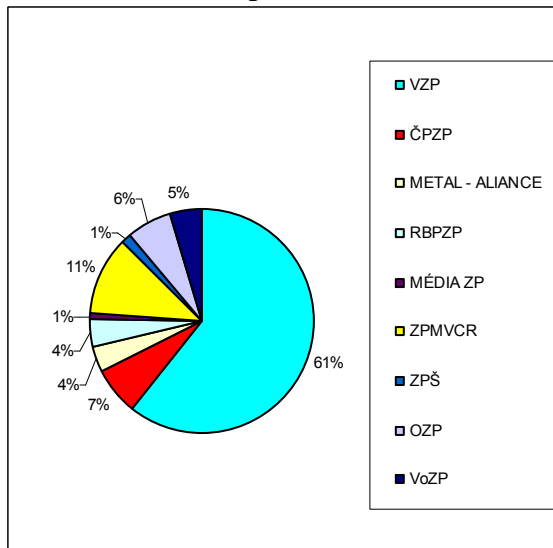
1.10.2009 došlo k fúzi Hutnické zaměstnanecké pojišťovny a České národní zdravotní pojišťovny. Záměrem bylo posílit pozici a stabilitu dosavadních pojišťoven. Spojení obou zdravotních pojišťoven je reakcí na současnou ekonomickou situaci, která se projevuje v propadech ve výběru pojistného z veřejného zdravotního pojištění, se kterým se však potýkají všechny zdravotní pojišťovny. Nově vzniklá Česká průmyslová zdravotní pojišťovna má celorepublikovou působnost se zhruba 714 578 pojištěnci a s tímto počtem pojištěnců je třetí největší pojišťovnou v ČR. Obrat nově vzniklé pojišťovny se odhaduje na 14,5 mld. Kč. V grafech č. 4.2 a 4.3 je znázorněno porovnání pojistného trhu před sloučením pojišťoven k 31.12.2008 a po fúzi k 31.12.2009.

Graf č. 4.2 Tržní podíl ZP k 31.12.2008



Zdroj: Výroční zprávy jednotlivých ZP, vlastní zpracování

Graf č. 4.3 Tržní podíl ZP k 31.12.2009



Zdroj: Výroční zprávy jednotlivých ZP, vlastní zpracování

Grafy názorně ukazují rozdělení pojistného trhu ČR. Největší podíl na trhu připadá Všeobecné zdravotní pojišťovně a to plných 60 %. Hutnická zaměstnanecká pojišťovna působila ještě v roce 2008 pouze jako regionální pojišťovna s průměrným počtem pojištěnců 350 000 a její podíl na trhu zdravotního pojištění činil 3 – 4 %. Sloučením nejen se ZP Agel v červenci roku 2009 a Českou národní zdravotní pojišťovnou v říjnu se nově vzniklá Česká průmyslová zdravotní pojišťovna stala třetí největší zdravotní pojišťovnou hned za Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (60 %) a ZP Ministerstva vnitra ČR (11 %) se sedmi procenty z celkového tržního podílu zdravotních pojišťoven.

4.4.1 Návrhy na zlepšení ekonomické situace pojišťovny

Žádné závažné problémy v hospodaření HZP v letech 2005 – 2008 jsem neshledala, přesto však navrhuji opatření, která by mohla zlepšit postavení ČPZP na trhu zdravotních pojišťoven.

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna prováděla každoročně kontrolní a revizní činnost prostřednictvím revizních lékařů a dalších odborných zaměstnanců způsobilých k revizním činnostem. Počet revizních lékařů je však nedostatečný. Navrhuji tedy, aby se pojišťovna zaměřila na zvýšení počtu a kvality těchto revizních lékařů a na prohlubování jejich vzdělávání nejen v základních atestačních oborech, ale i v oboru revizního lékařství a veřejného zdravotnictví.

Navrhuji, aby se pojišťovna zaměřila více na kontrolní a revizní činnost a to především na ty segmenty zdravotní péče, které mají rozhodující vliv na vyváženost finančních zdrojů a nákladů zdravotní pojišťovny. V důsledku revizních kontrol a v rámci použitých regulačních opatření snížila pojišťovna náklady na lázeňskou péči ve sledovaných letech o 6 %. Na základě tohoto zjištění navrhuji, aby pojišťovna pokračovala v uplatňování regulací s důrazem především na kontrolu zdravotní péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních a na kontrolu ambulantních specialistů, neboť dle provedené analýzy hospodaření tvoří každoročně nejvyšší finanční náklady pojišťovny právě na lůžkovou a ambulantní péči. Revizní lékaři by také měli kontrolovat neopodstatněné předepisování léčiv a využívání zdravotnických prostředků s cílem dosáhnout optimálního stavu, kdy pojištěnec (pacient) dostane léčivé prostředky v množství a kvalitě, která bude přesně odpovídat potřebám jeho zdravotního stavu. Velká pozornost by měla být věnována oblasti lékové politiky pro zajištění kvalitních, účinných a cenově přijatelných léčivých přípravků.

Zdravotní pojišťovna by se měla zaměřit na kontrolu zdravotní dokumentace praktických a odborných lékařů, zda správně určují diagnózu a neuvádí nepravdivé údaje.

Pojišťovna by měla udržovat dobré vztahy a spolupráci s lékaři, především praktickými a podporovat akreditaci zdravotnických zařízení a bonifikovat je dle kvality poskytovaných služeb.

V rámci Plánu řízení péče MEDIPARTNER, který pojišťovna nabízí svým pojištěncům od roku 2003 založeném na dobrovolné spolupráci praktických lékařů, nemocnic

a ambulantních specialistů doporučuji, aby se pojišťovna snažila rozšířit síť smluvních zařízení po celé České republice, především praktických lékařů a tím získala větší dohled nad poskytovanými prostředky veřejného zdravotního pojištění.

Jelikož skladba a počet pojistného kmene zásadně ovlivňuje příjmy zdravotní pojišťovny, navrhuji aby se pojišťovna zaměřila na získávání nových pojištěnců pořádáním akcí zaměřených na zdravý způsob života, především na rodiny s dětmi a populaci v produktivním věku. Neměla by ale opomíjet vybrané skupiny stávajících pojištěnců např. studenty, děti, ženy na mateřské dovolené.

5 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zhodnotit hospodaření zdravotní pojišťovny, identifikovat problémy financování a navrhnout opatření, která mohou pomoci k řešení zjištěných problémů.

Provedenou analýzou hospodaření, porovnáním poměru příjmu z pojistného a výdajů na zdravotní péči bylo ve sledovaném období 2005 – 2008 zjištěno, že Hutnická zaměstnanecká pojišťovna hospodařila se svými finančními prostředky vyrovnaně, příjmy vždy přesahovaly výdaje a zdravotní pojišťovna své závazky plnila v průběhu každého roku vždy ve lhůtě splatnosti a k poslednímu dni sledovaných let neevidovala žádné závazky po lhůtě splatnosti. Zdravotní pojišťovna pružně reagovala na změny systému veřejného zdravotního pojištění s přihlédnutím k nabídce programů preventivní péče. Všechny činnosti a poskytované služby pojišťovny byly v souladu s platnou právní úpravou.

Na základě výsledků analýzy celkových příjmů a výdajů Hutnické zaměstnanecké pojišťovny lze potvrdit hypotézu, že se zdravotní pojišťovna nepotýká s výkyvy v hospodaření, je schopna hradit zdravotní péči svým pojištěncům a ke splnění svých závazků nepotřebuje využívat cizí zdroje.

Počet pojištěnců Hutnické zaměstnanecké pojišťovny se ve sledovaných letech navyšoval a měl rostoucí tendenci. Nejpočetněji zastoupenou kategorií pojištěnců tvořily ve všech letech 2005 – 2008 osoby, za něž je plátcem pojistného stát, které se na průměrném počtu pojištěnců podílely ze 61 %. Zásadní vliv na zastoupení v jednotlivých věkových skupinách mělo postupné stárnutí pojistného kmene a nabídka aktivit fondu prevence, která i nadále tvoří hlavní akviziční potenciál pojišťovny.

Po sloučení se ZP Agel 1.7.2009 a s Českou národní zdravotní pojišťovnou v průběhu roku 2009 se celkový odhad pojištěnců pohybuje kolem 714 578 a nově vzniklá Česká průmyslová ZP se stala třetí největší zdravotní pojišťovnou s celorepublikovou působností oproti původní Hutnické zaměstnanecké pojišťovně, která působila převážně na severní Moravě a vyznačovala se tedy pouze regionální působností.

Chce-li pojišťovna i nadále patřit k těm, které jsou konkurenceschopné, a vytvářet takové podmínky pro své pojištěnce, které by umožňovaly poskytování kvalitní zdravotní péče, navrhuji opatření, jež by mohla zlepšit postavení této ZP na trhu zdravotních pojišťoven.

Navrhuji, aby pojišťovna pokračovala v uplatňování regulací, které vedou k úsporným opatřením a zaměřila se především na kontrolu zdravotní péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních a na kontrolu ambulantních specialistů.

V důsledku nedostačujícího počtu revizních lékařů navrhuji zvýšit jejich počet a kvalifikovanost v rámci dalšího vzdělávání v oboru revizního lékařství a veřejného zdravotnictví.

Neméně velká pozornost by měla být věnována oblasti lékové politiky pro zajištění kvalitních, účinných a cenově přijatelných léčivých přípravků.

Pojišťovna by měla udržovat dobré vztahy a spolupráci s lékaři, podporovat akreditaci zdravotnických zařízení a bonifikovat je dle kvality poskytovaných služeb. Doporučuji, aby se pojišťovna snažila rozšířit síť smluvních zařízení v rámci Plánu řízené péče MEDIPARTNER, převážně praktických lékařů, a tím získala větší dohled nad finančními prostředky veřejného zdravotního pojištění.

V neposlední řadě navrhuji, aby se pojišťovna zaměřila na získávání nových pojištěnců pořádáním akcí zaměřených na zdravý způsob života, např. pořádání sportovních akcí orientovaných především pro rodiny s dětmi a populaci v produktivním věku. Zdravotní pojišťovna by neměla opomíjet vybrané skupiny stávajících pojištěnců např. studenty, děti, ženy na mateřské dovolené.

Výše uvedené možnosti mohou dle mého názoru relevantním způsobem pozitivně ovlivnit ekonomiku zdravotní pojišťovny. Závěrem své diplomové práce konstatuji, že Hutnická zaměstnanecká pojišťovna si všech sledovaných letech 2005 – 2008 udržela vyrovnané hospodaření a svým pojištěncům zajišťovala kvalitní, dostupnou, v řadě ohledů nadstandardní péči.

Jelikož v současné době chybí odborná literatura, která by se zabývala výlučně hospodařením zdravotních pojišťoven, čerpala jsem informace pro zpracování diplomové práce z různých dostupných zdrojů, především z výročních zpráv, ZPP Hutnické zaměstnanecké pojišťovny a legislativy České republiky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] DANĚK, A.; GLET, J. Zdravotní pojištění. 1. vyd. Praha: LINDE, 2003. 150 s. ISBN 80 86131-46-7.
- [2] DOLANSKÝ, H. Veřejné zdravotnictví. 1. vyd. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.
- [3] DURDISOVÁ, J. Ekonomika zdraví. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN: 80-245-0998-9.
- [4] DURDISOVÁ, J.; LANGHAMEROVÁ, J. Úvod do teorie zdravotní politiky. 1. vyd. Praha: VŠE, 2001. 126 s. ISBN: 80-245-0217-8.
- [5] NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. Grada Publishing a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
- [6] TRÖSTER, Petr a kol. Právo sociálního zabezpečení. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2000. 246 s. ISBN: 80-7179-353-1.

Legislativa:

- [7] Zákon 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů
- [8] Zákon 280/1992 Sb. o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů
- [9] Zákon 592/ 1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- [10] Zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Internetové zdroje

- [11] Česká Průmyslová zdravotní pojišťovna [online]. [cit. 10. prosince 2009]. Dostupný z WWW: <http://www.cpzp.cz/>
- [12] Finance [online]. [cit. 25. ledna 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.finance.cz/>
- [13] Portál veřejné správy ČR [online]. [cit. 18. listopadu 2009]. Dostupný z WWW: <http://portal.gov.cz/>

- [14] Reforma systému veřejného zdravotního pojištění v ČR [online]. [cit. 25. ledna 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.reformazdravotnictvi.cz/>
- [15] Sdružení ambulantních specialistů České republiky [online]. [cit. 19. prosince 2009]. Dostupný z WWW: <http://www.sasp.cz/>
- [16] Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách [online]. [cit. 13. ledna 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/>
- [17] Vláda České republiky [online]. [cit. 10. prosince 2009]. Dostupný z WWW: <http://www.vlada.cz/>
- [18] Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR [online]. [cit. 25. ledna 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.vzp.cz/>
- [19] Zdravotnické noviny [online]. [cit. 25. ledna 2010]. Dostupný z WWW: <http://www.zdn.cz/>

Interní materiály Hutnické zaměstnanecké pojišťovny

- [20] Výroční zpráva HZP za rok 2005, 2006, 2007, 2008
- [21] Zdravotně pojistný plán HZP za rok 2005, 2006, 2007, 2008, 2009

SEZNAM ZKRATEK

A.S.	Akciová společnost
BÚ	Běžný účet
CP	Cenné papíry
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
DHM	Dlouhodobý hmotný majetek
DNM	Dlouhodobý nehmotný majetek
DR	Dozorčí rada
FO	Fyzická osoba
FP	Fond prevence
FRM	Fond reprodukce majetku
HZP	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
LZPS	Listina základních práv a svobod
OBZP	Osoba bez zdanitelných příjmů
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
PF	Provozní fond
PO	Právnícká osoba
RBZP	Revírní bratrská pokladna
RF	Rezervní fond
SF	Sociální fond
SR	Správní rada
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
VZP	Veřejné zdravotní pojištění
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZFZP	Základní fond zdravotního pojištění
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPMVCR	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky
ZPP	Zdravotně pojistný plán
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
ZZ	Zdravotnické zařízení

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 30.4.2010

.....

Bc. Martina Skoupilová

Adresa trvalého pobytu studenta:

Berkova 67,

783 35 Horka nad Moravou

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Pohledávky HZP za plátcí veřejného zdravotního pojištění po lhůtě splatnosti

Příloha č. 2: Soustava smluvních zdravotnických zařízení HZP v letech 2005 – 2008

Příloha č. 3: Příjmy a výdaje ZFZP HZP v letech 2005 – 2008

Příloha č. 4: Příjmy a výdaje Rezervního fondu HZP v letech 2005 – 2008

Příloha č. 5: Příjmy a výdaje Fondu prevence HZP v letech 2005 – 2008

Příloha č. 6: Příjmy a výdaje Provozního fondu HZP v letech 2005 – 2008

Příloha č. 7: Příjmy a výdaje Sociálního fondu HZP v letech 2005 – 2008